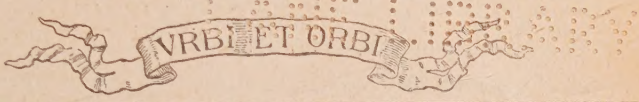
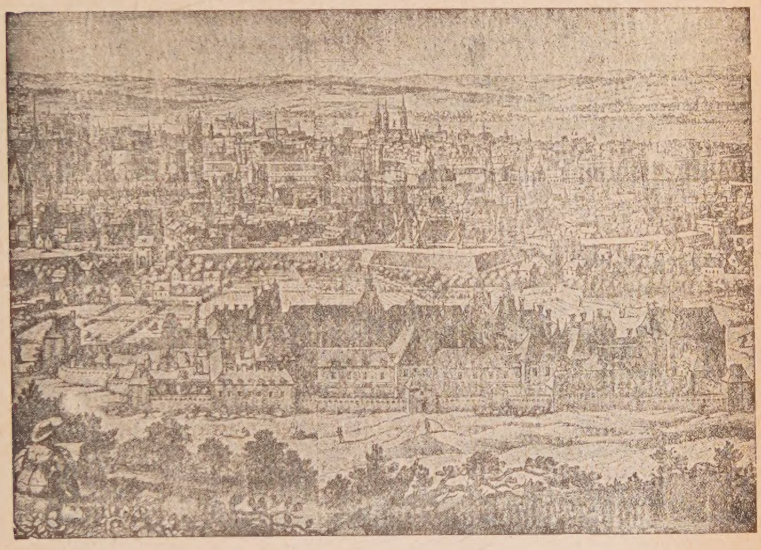
ANNÉE 1908. — FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS. — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 novembre 1908, à 1 heure

Par M. LERENARD





L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

VALEUR DIAGNOSTIQUE

DE LA

Courbe alimentaire chez le Nouveau-Né Hérédo-Syphilitique

Président : M. GAUCHER, *professeur*

Juges { MM. PIERRE MARIE, *professeur*
LŒPER, *agrégé*
ZIMMERN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir Delavigne, 1

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE PARIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/valeurdiagnostiq0000vari

VALEUR DIAGNOSTIQUE

DE LA

Courbe alimentaire chez le Nouveau-Né Hérédo-Syphilitique

AVANT-PROPOS

La thèse que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui nous a été inspirée par M. le professeur agrégé Jeannin. Qu'il nous soit permis dès maintenant de lui en exprimer toute notre reconnaissance. Qu'il veuille bien accepter nos plus vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés dans l'élaboration de ce travail.

Nous tenons en même temps à exprimer toute notre gratitude à Mlle Hiernard, sage-femme en chef de la Maternité de la Charité. A son amabilité et à son extrême obligeance nous devons la plus grande partie des documents dont nous avons fait usage.

C'est à l'École de Médecine de Caen que nous avons commencé nos études médicales. Nous y avons passé deux

années comme stagiaire et une comme interne à l'Hôtel-Dieu.

C'est à ce titre que nous remercions tout particulièrement MM. les professeurs Auvray, directeur de l'École, Gidon, Barette et Guillet, et nous les prions de bien vouloir accepter le faible hommage de notre gratitude.

Nous remercions également MM. les professeurs Catois, Gosselin, Osmont, Léger, MM. les Drs Leroux et James.

A M. le Dr Frémont, dont nous avons apprécié si souvent le bienveillant accueil, nous adressons un souvenir tout spécial.

Que nos maîtres de la Faculté de Paris, M. le professeur agrégé Maygrier, dont nous avons été le stagiaire à la Maternité de la Charité, et M. le professeur Gaucher qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse, reçoivent ici nos hommages respectueux et soient assurés de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Les manifestations de la syphilis héréditaire, de l'hérédo-syphilis, comme l'appelle M. le professeur Gaucher, sont nombreuses et diverses.

Dans les maternités, les cliniques d'accouchement, à l'hôpital Saint-Louis, les observations, recueillies en nombre considérable, ont permis d'étudier le retentissement sur le produit de conception de la diathèse paternelle, maternelle ou mixte. Ce retentissement se fait sentir à la fois sur le fœtus et sur l'enfant, et M. le Dr Comby, tenant compte de la période d'apparition des accidents observés, a pu distinguer une syphilis héréditaire fœtale, une syphilis héréditaire précoce, et une syphilis héréditaire tardive.

Le traitement, si l'on peut parler ainsi, est fonction de l'époque d'apparition des accidents et la syphilis héréditaire fœtale, avec les avortements, les fausses couches, les enfants morts et macérés est la preuve d'une syphilis en pleine évolution chez les ascendants, ou d'une syphilis pas ou insuffisamment traitée.

Mais il peut se faire, soit sous l'influence du traitement, soit en vertu de la loi de décroissance que la mère puisse conduire sa grossesse à terme et donner le jour à un enfant vivant.

Dès la naissance des renseignements précieux nous seront fournis par l'examen du placenta, des membranes, et nous nous rappellerons que **gros placenta, gros enfant, excès de liquide**, comme le dit le professeur Pinard, égale syphilis héréditaire. Ensuite la tare originelle nous sera révélée par des symptômes qui apparaîtront plus ou moins rapidement. Ces symptômes nous sont connus et nous n'avons pas à en faire la description. Nous nous contenterons de les rappeler brièvement.

On peut les diviser en :

Lésions cutanées : Le pemphigus qui siège le plus souvent aux mains et aux pieds, les syphilides et les gommes cutanées.

Lésions muqueuses et viscérales : Le coryza que l'on rencontre le plus fréquemment, les hémorragies, l'hémorragie ombilicale en particulier, l'hépatomégalie, la splénomégalie, très fréquente d'après Marfan.

Lésions osseuses : Pseudo-paralysie de Parrot, tibia en lame de sabre.

Lésions nerveuses : Méningite, hydrocéphalie.

Lésions sensorielles : Comme la kératite interstitielle.

Signalons également les dystrophies, étudiées d'une façon très complète par M. le Dr Edmond Fournier dans sa thèse. Parmi les plus importantes sont les dystrophies de la nutrition générale, les dystrophies osseuses et les dystrophies dentaires.

Nous basant sur les stigmates et les symptômes que nous venons de signaler, sur les antécédents personnels du père et de la mère, sur les antécédents héréditaires,

nous pourrons, la plupart du temps, faire le diagnostic d'hérédo-syphilis. Mais il est des cas de syphilis atténuée, de syphilis fruste du nourrisson, où l'on ne remarque aucun des indices habituels. Par la mauvaise volonté, ou l'ignorance du père ou de la mère les renseignements sur lesquels on comptait font défaut et cependant « l'enfant qui a paru toujours sain et a prospéré jusqu'alors maigrit depuis quelque temps, sans qu'on puisse incriminer une mauvaise hygiène, une alimentation défectueuse, ou toute autre cause se révélant facilement » (1). Si à ce moment on suit avec attention la courbe du nouveau-né, on se rend compte que toutes prescriptions d'alimentation et d'hygiène observées, cette courbe persiste à ne pas suivre le tracé normal. Si à ce moment le traitement approprié, et c'est le traitement antisyphilitique, n'est pas rapidement institué, la cachexie s'accroît, la dénutrition augmente de plus en plus et l'enfant meurt sans qu'aucun indice permette d'en soupçonner la cause.

Il nous a paru intéressant de grouper un certain nombre d'observations recueillies avec l'autorisation de M. le professeur Maygrier dans son ancien service à la Maternité de la Charité.

Par l'étude de ces documents et l'examen des courbes alimentaires nous chercherons, en nous appuyant particulièrement sur les travaux de MM. Boissard et Devé, à montrer l'importance des renseignements fournis par les pesées quotidiennes de l'enfant en cas de syphilis héréditaire.

Après avoir, dans un premier chapitre, fait l'historique

1. Berre. Thèse de Paris, 1900.

de la question, nous exposerons les observations qui sont la base de notre étude.

Dans un troisième chapitre nous essaierons de tirer de ces documents quelques indications et quelques enseignements cliniques. Enfin, après avoir rappelé et comparé succinctement les principaux traitements et l'influence de ces traitements sur la courbe alimentaire du nouveau-né, après avoir dit quelques mots du pronostic, nous essaierons de tirer de cette étude les conclusions pratiques et les indications thérapeutiques qu'elle comporte.

HISTORIQUE

Notre but n'est pas de faire dans ce chapitre l'historique complet de la syphilis du nouveau-né. Ce travail, fort long, demanderait une documentation considérable, et ne rentre pas en somme dans le plan que nous venons de nous tracer.

Nous voulons seulement rappeler les noms des auteurs qui plus particulièrement se sont occupés de la question Nous indiquerons rapidement les idées principales de quelques hommes, qui, ces dernières années, ont fait faire à cette étude un pas considérable. Nous verrons que l'examen de la courbe alimentaire considéré comme moyen de diagnostic est de date relativement récente.

Nous verrons enfin que si les uns lui attribuent une importance clinique de premier ordre, d'autres, au contraire, le considèrent comme un procédé peu rigoureux, peu scientifique, mais apte malgré cela à nous fournir des indications thérapeutiques précises.

Les premiers travaux sur l'hérédo-syphilis, ou plus exactement sur la syphilis du nouveau-né, datent de Tizio en 1497 et de Gaspard Torella en 1498. Il ne s'agit pas encore cependant de syphilis congénitale, car, pour eux, le point de

départ de l'affection se trouve dans le lait de la mère ou de la nourrice.

En 1529 Georges Villa, le premier, en soupçonne l'origine héréditaire : *Quare parentes non generant polem infectam cum materia quæ subjicitur pro generatione spermati sit infecta?*

Paracelse, quelques années plus tard, l'affirme : *Fit marbus hereditarium et transit a patre ad filium.*

Dequis cette époque, nombreux sont les médecins qui s'en occupent et de Rondelet, en 1560, date la première observation clinique.

Ambroise Paré, Dupuytren l'admettent. Ils font des recherches sur l'hérédo-syphilis et la mentionnent dans leurs écrits.

Le 13 octobre 1781, Doublet, médecin de l'hospice de la Santé, lit à l'assemblée de la Faculté de Médecine son *Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne dans les enfants nouveau-nés*.

Le premier, il fait mention de l'infection latente et dit : « Nous avons reçu des enfants, chez lesquels ils (les accidents syphilitiques), ne se sont manifestés qu'après huit mois. »

Le premier, il signale l'aspect sénile de l'enfant syphilitique, cet aspect de « petit vieux » qu'on a rappelé bien souvent depuis et qui, s'il est l'apanage de l'hérédo-syphilitique, est aussi d'une façon plus générale celui de l'athrepsique.

En 1810, Bertin publie un *Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices.*

Beaucoup d'autres depuis Bertin, Diday en 1854, Gubler, Trousseau, Parrot en France ; Profeta en Italie ; Hutchinson et Carpenter en Angleterre apportent à cette étude un appoint plus ou moins considérable.

En 1891, paraît un recueil de *Leçons Cliniques* faites à l'hôpital Saint-Louis par M. le professeur Fournier sur l'*hérédité syphilitique.*

Après avoir défini la syphilis héréditaire qui dérive pour le fœtus d'une syphilis des ascendants antérieure à la procréation, il en fait longuement l'étiologie et la pathogénie. Il distingue une hérédité paternelle, une hérédité maternelle et une hérédité mixte qui tient à la fois des deux ascendants.

L'influence maternelle et mixte est indéniable. L'influence paternelle, certaine elle aussi, malgré que l'on ait affirmé le contraire, s'exerce moins souvent.

Ces facteurs, dit-il encore, ne sont pas les seuls dont il faille tenir compte. Il y a d'autres considérations à envisager, et de quelque origine qu'elle soit, l'influence s'exerce surtout pendant les trois premières années d'une façon décroissante et au maximum la première année de la diathèse et du traitement.

En 1898 nous avons la thèse de M. le Dr Edmond Fournier. C'est une étude fort intéressante et très complète des *stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis.*

En 1906, c'est le rapport de M. le Dr Gastou au Congrès de Lisbonne sur la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique.

En 1905 la découverte du spirochète pâle de Schaudinn suscite de nouvelles et fort intéressantes recherches.

Signalons en particulier les traveaux de MM. Nattan-Larrier et Brindeau sur le *passage du spirochète des tissus fœtaux aux tissus maternels dans le placenta syphilitique*, l'observation rapportée par MM. Levaditi et Sauvage d'une hérédo-syphilitique dont les ovaires contenaient des parasites, et les recherches de M. Fouquet dans le service de M. le professeur Gaucher, recherches qui lui ont permis de déceler des spirochètes dans les reins et les testicules d'enfants nouveau-nés.

M. le professeur Fournier, le premier, avait attiré l'attention sur « ces enfants, en apparence plus résistants, mais en réalité si chétifs et si vitalement appauvris, que, pour la plupart, ils sont emportés par la moindre maladie incidente, que certains même meurent inopinément, sans cause, meurent de rien suivant le terme consacré ».

Mais c'est en 1894 seulement que, dans la thèse de Pouzol inspirée par M. Boissard, est signalé l'intérêt que présente la marche de la courbe alimentaire au point de vue du diagnostic de l'hérédo-syphilis. M. Boissard a publié depuis cette époque plusieurs travaux sur ce sujet. Il fait fortement ressortir la valeur diagnostique de la chute de poids, lorsque cet amaigrissement n'est expliqué par aucune autre affection intercurrente et cet « état paradoxal » qui existe entre la quantité de lait ingéré et la courbe alimentaire.

Cette idée n'a pas été sans soulever certaines objections, quelques-unes plus théoriques que pratiques. Nous aurons à les discuter à leur place, et nous verrons ce qu'il faut en penser.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. Boissard. — *Journal des Praticiens*, 29 janvier 1898.)

Il s'agissait d'un nouveau-né que nous avions mis au monde en provoquant l'accouchement prématuré artificiel, combiné à la symphyséotomie, la mère ayant un bassin qui mesurait 6 centimètres dans son diamètre promonto-pubien minimum. A sa naissance, ce nouveau-né de belle apparence pesait 2.325 gr. et ne présenta jamais de manifestations syphiliques. Mis en couveuse et allaité par une nourrice il augmenta de 16 grammes par jour pendant trente jours au bout desquels il pesait 2.805 grammes. Il avait ainsi gagné tout près de 500 grammes en un mois. Jamais courbe de prématuré ne fut plus belle. C'était le graphique idéal. Quand le trentième jour de la naissance cet enfant, qui n'avait jamais présenté le moindre arrêt, le moindre trouble digestif, cesse d'augmenter un jour.

A partir de ce moment, il perd 25 grammes par jour pendant quatre jours et meurt le cinquième jour en perdant 250 grammes dans les vingt-quatre heures sans avoir présenté d'ictère ou de convulsions ; malgré toute notre attention bien éveillée du côté de la syphilis nous avouons qu'en face de cette courbe si

satisfaisante pendant un mois, nous n'avons pas soupçonné la syphilis héréditaire paternelle (nous répétons que la mère niait toute syphilis et ne portait aucune cicatrice spécifique, pourtant l'autopsie nous révéla l'existence d'une hépatite gommeuse intersticielle. (Autopsie faite par M. le Dr Legry, chef du laboratoire de M. le Dr Budin à la Maternité.)

OBSERVATION II

(Keim. — *La Syphilis*, juillet 1904.)

Syphilis paternelle, datant de 1894. Traitée pendant trois ans par des pilules de proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium.

L'évolution en fut bénigne, car il n'y eut comme manifestations que des plaques muqueuses et de la roséole. Aucune autre complication, soit secondaire, soit tertiaire.

Première grossesse en 1899. La mère est traitée pendant trois mois par du sirop de Gibert, bien que n'ayant présenté aucun signe de syphilis.

Pas d'hydramnios. Accouchement à terme d'un enfant de 3.250 grammes. Poids du placenta 500 grammes. L'enfant a actuellement cinq ans et n'a jamais présenté aucune trace de syphilis.

En mars 1901, avortement de un mois et demi.

Une troisième grossesse se termine en mars 1902 par un accouchement quinze jours avant terme et la naissance d'un enfant pesant 3.750 grammes avec un placenta de 550 grammes.

Pas d'hydramnios. Trois mois de traitement pendant la

grossesse par la liqueur de Van Swieten et un mois par l'iodure de potassium.

L'enfant a été nourri au sein et n'a jamais présenté de signes extérieurs de syphilis.

Jusqu'à l'âge de six mois, il a augmenté de poids d'une façon régulière.

A partir du sixième mois, il se fait, sans raison apparente, un arrêt brusque dans l'augmentation de poids ; celui-ci diminue bientôt. Les selles, qui jusqu'alors avaient été normales, perdent leur coloration, et deviennent tout à fait blanches. L'enfant refuse absolument le lait dont l'ingestion est, du reste, suivie de vomissements. La peau, les conjonctives et les urines ont conservé leur coloration normale. Le foie et la rate sont normaux à la percussion et à la palpation.

L'enfant s'affaiblit beaucoup. Des frictions mercurielles sont tentées sur notre conseil et, après la troisième, les matières redeviennent colorées bien que toujours liquides, les vomissements cèdent et le petit malade recommence à s'alimenter.

Malheureusement, au moment où une amélioration sensible se faisait sentir, l'enfant contracta une broncho-pneumonie à la suite d'un refroidissement et fut enlevé en quarante-huit heures.

En 1903, quatrième grossesse pendant laquelle la mère est également traitée sans avoir présenté aucune manifestation syphilitique. L'accouchement se fit à terme.

L'enfant était bien conformé et pesait 3.200 grammes ; la chute de poids initial fut de 250 grammes : durant les premiers jours l'enfant n'augmente pas de poids ; mis au sein, il est paresseux pour téter malgré les stimulants sans forme de bains sinapisés ou de frictions à l'alcool ; ce qu'il prend, il le vomit

en grande partie presque immédiatement après l'avoir ingéré. En même temps les selles sont verdâtres.

En présence de cette diminution progressive du poids, des vomissements, des selles vertes et surtout de l'apathie générale de l'enfant nous décidons le neuvième jour de faire une série de quinze injections sous-cutanées d'un milligramme de Biiodure chaque fois selon la formule donnée par MM. Schwaab et Levy-Bing. Dès le lendemain les selles sont plus jaunes, mais toujours liquides. Deux jours après les selles sont jaunes et moins liquides ; l'amélioration est rapide. A deux reprises seulement, l'enfant présente à nouveau pendant vingt-quatre heures des selles moins bien digérées. En même temps l'enfant s'alimente facilement et atteint son poids de naissance le douzième jour. Il continue à bien aller et à augmenter progressivement.

OBSERVATION III

Schwaab et Levy-Binc. — *Presse médicale*, octobre 1903)

Enfant né à la Charité le 13 août 1903, d'une mère nettement syphilitique et traitée comme telle autrefois, mais qui lors de sa grossesse avait omis de reprendre son traitement.

A la naissance. Poids 3.700 grammes. Aucun stigmate de syphilis. Elevé au sein par sa mère.

Jusqu'au 20 août il augmente régulièrement, puis brusquement sans qu'on pût invoquer un vice dans l'allaitement le poids d'abord stationnaire diminue si bien que le 26 août il n'est plus que de 3.575 grammes. M. Maygrier mettant cet abaissement insolite de la courbe sur le compte d'une tare

syphilitique possible, nous demande d'instituer le traitement par les injections de Biiodure. Il est commencé le 2 août et continue jusqu'au 5 septembre à la dose journalière de 1 milligramme.

Rapidement sous l'influence de ce traitement la courbe reprend son mouvement ascensionnel. Le 6 septembre l'enfant pèse 3.860, le 11, il pèse 3.875.

OBSERVATION IV

(Pouzol. — Thèse de Paris, 1894. Obs. III.)

Primipare, vingt-deux ans, blanchisseuse, entre le 22 mai 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls du côté de la mère, inconnus du côté du père.

La grossesse à terme se termine d'une façon spontanée et normale.

Le placenta est normal. Pas d'hydramnios.

L'enfant pèse 3.160 grammes, mesure 50 centimètres. Il est en bon état.

Le premier jour, il perd 60 grammes, et prend 200 grammes de lait stérilisé.

Le deuxième jour, il diminue de 100 grammes.

Le troisième jour, il augmente de 20 grammes et prend 30 grammes plus 10 de lait stérilisé.

Le cinquième jour, il diminue encore de 74 grammes. On donne à l'enfant un bain aromatique et on lui fait une friction d'alcool. On le met au sein de sa mère.

Le sixième jour, diminution de 100 grammes.

Le septième jour, l'enfant perd encore 25 grammes ; le tracé de la courbe fait penser à l'hérédo-syphilis et on institue le traitement, une friction mercurielle par jour.

Le huitième jour, l'enfant reste stationnaire.

Le neuvième jour, il perd 75 grammes, le dixième 75 grammes encore, le onzième 50 grammes puis il meurt.

L'autopsie confirme le diagnostic.

Le cœur et le péricarde ne présentent rien d'anormal.

La foie est volumineux. Il pèse 200 grammes. Il est jaune verdâtre, dur et résistant à la coupe.

La rate est énorme, dure, comme lobulée.

Les reins sont volumineux.

Les intestins et le cerveau ne présentent rien d'appréciable.

OBSERVATION V

(Pouzol. — Thèse de Paris, 1894. Obs. VIII.)

Femme, primipare, âgée de dix-sept ans, mécanicienne. Entrée le 13 juillet 1893.

Elle présente un œdème dur des petites lèvres, probablement consécutif à un chancre.

Rien à signaler du côté du père.

La grossesse à terme se termine spontanément, et d'une façon normale.

Le placenta est gros, œdémateux. Il n'y a pas d'hydramnios.

L'enfant, du sexe masculin, est en bon état. Il pèse 2.840 grammes et mesure 47 centimètres.

Le premier jour, il perd 50 grammes et prend 15 grammes plus 10 de lait.

Le second jour, il perd 75 grammes.

Le troisième jour, il diminue de 115 grammes et prend 250 grammes de lait stérilisé. Il n'y a pas de troubles digestifs. La chute régulière du poids fait penser à l'hérédo-syphilis, et en tenant compte de l'œdème des petites lèvres, de la grosseur du placenta, on institue le traitement par les frictions mercurielles.

Le quatrième jour, l'enfant gagne 20 grammes. On le met au sein de sa mère.

Le cinquième jour, augmentation de 5 grammes.

Le sixième jour, l'enfant perd 20 grammes.

Le septième jour, il perd brusquement 110 grammes.

Le huitième jour, il remonte de 50 grammes.

Le neuvième jour, il reste stationnaire.

Du onzième au dix-septième jour, l'enfant perd 50 grammes encore, malgré cela il absorbe en plus du sein 50 grammes plus 10 de lait stérilisé. Pas de troubles digestifs. Les garde-robes sont jaunes. On pense alors que le traitement par les frictions mercurielles est insuffisant et l'on donne en plus X gouttes de liqueur de Van Swieten. Sous cette influence le poids se relève et en six jours l'enfant gagne d'une façon continue 210 grammes, soit en moyenne 35 grammes par jour.

OBSERVATION VI

(Pouzol. — Thèse de Paris. Obs. X *bis*.)

Femme multipare âgée de trente et un ans. Entrée le 2 juin 1894.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Le père examiné avec soin ne présente aucune trace de syphilis.

Antécédents personnels. — Un enfant venu avant terme, mort et macéré. Deuxième enfant après symphyséotomie, mort au onzième jour.

Grossesse à terme terminée par une symphyséotomie faite par M. Bonnaire, pour bassin généralement rétréci. Forceps.

Le placenta est normal, mais il y a excès de liquide.

L'enfant est en bon état. Il pèse 3.180 grammes et mesure 47 centimètres.

Le premier jour il perd 100 grammes et prend 15 grammes plus 10 de lait.

Le second jour, l'enfant perd encore 75 grammes. Il prend 30 grammes plus 10 de lait stérilisé qui est très bien digéré.

Le troisième jour, diminution de 40 grammes.

Le quatrième l'enfant perd encore 10 grammes.

Instruit par la mort du premier enfant pour lequel on avait déjà fait une symphyséotomie et qui était mort au onzième jour et en raison de l'hydramnios constaté pendant la grossesse, on persiste dans l'idée de syphilis portée lors du premier enfant et on donne de suite le traitement mercuriel : XX gouttes de

liqueur de Van Swieten. Malgré le traitement, l'enfant perd le cinquième jour encore 120 grammes.

Cependant il prend 45 grammes plus 10 de lait stérilisé qui est très bien digéré.

Au traitement interne on ajoute une friction mercurielle.

Au sixième jour diminution de 25 grammes.

Le septième jour l'enfant perd de nouveau 25 grammes.

On porta la dose de liqueur de Van Swieten à XXX gouttes.

Le huitième jour l'enfant a encore perdu 75 grammes.

Il prend cependant 50 grammes plus 10 de lait stérilisé.

Il digère bien, pas de diarrhée, on donne alors L gouttes.

Le neuvième jour l'enfant ne perd que 10 grammes. Il prend 55 grammes plus 10 de lait; toujours pas de troubles digestifs.

Le dixième jour l'enfant reste stationnaire ainsi que le onzième jour. Il prend 60 grammes plus 10 de lait.

Le douzième jour, comme il perd de nouveau 30 grammes, on augmente la dose de liqueur de Van Swieten qu'on porte à LXXX gouttes.

Du douzième au vingtième jour l'enfant augmente de 60 gr. Les garde-robes sont jaunes, normales.

A partir du vingtième jour l'enfant augmente d'une façon progressive : 20 grammes le vingt et unième jour, 20 grammes le vingt-deuxième jour, 25 grammes le vingt-troisième jour, 50 grammes le vingt-quatrième jour, 75 grammes le vingt-cinquième jour.

L'enfant étant en bonne voie on diminue la quantité de liqueur de Van Swieten et l'on revient à XX gouttes. Le lendemain, vingt-sixième jour, augmentation de 25 grammes, le surlendemain de 50 grammes, enfin le vingt-huitième jour de 25 grammes encore.

OBSERVATION VII

(Vaillant. — Obs. I. Thèse de Paris, 1907.)

Le 23 décembre 1906, Mme B... entre à la Maternité de la Charité. Le travail commencé depuis quelque temps est assez avancé.

Les membranes se sont rompues spontanément en ville, la dilatation est complète. La femme accouche peu après son entrée.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée très régulièrement à partir de douze ans, elle a fait une fausse couche de un mois et demi en 1904.

Cette fois elle accouche prématurément à huit mois environ d'un enfant du sexe masculin, ne présentant rien de spécial à l'examen et pesant 2.850 grammes.

Le placenta pèse 620 grammes.

Courbe alimentaire. — Le premier jour il perd 75 grammes.

Le second, 150 grammes. Le troisième et le quatrième jour, il gagne 25 grammes.

Le cinquième jour, nouvelle perte de 45 grammes.

Le sixième jour augmentation de 20 grammes, mais suivie d'une diminution les deux jours suivants de telle sorte que, le 31 décembre, c'est-à-dire huit jours après sa naissance son poids est inférieur de 250 grammes au poids du premier jour.

Le 28 décembre, on complète les tétées avec du lait de vache stérilisé.

Malgré la quantité bien suffisante de lait ingéré, malgré

l'absence de troubles digestifs l'augmentation de poids se fait toujours attendre.

On administre alors à l'enfant de la liqueur de Van Swieten et rapidement l'augmentation de poids se produit d'une façon régulière. Elle est d'environ 20 à 25 grammes par jour.

OBSERVATION VIII

(Vaillant. — Obs. III, Thèse de Paris, 1907.)

La femme D..., II-pare, vingt-deux ans, entre à la Charité le 19 décembre 1906.

Les antécédents héréditaires n'ont rien de particulier.

Sur cinq frères et sœurs, trois sont morts en bas âge de cause inconnue. Rougeole dans l'enfance.

Réglée, irrégulièrement, à partir de quatorze ans.

En février 1904, chancre induré de la petite lèvre gauche. Soumise au traitement, elle prend alternativement des pilules et une solution.

Au mois d'octobre 1905, première grossesse qui se termine par un accouchement prématuré à six mois. Elle est en ce moment enceinte pour la seconde fois.

Venue au mois de novembre 1906 à la consultation, on constate que les urines sont normales.

Le 29 décembre, elle se présente de nouveau à la consultation et demande à être hospitalisée. Elle présente un léger degré de bouffissure de la face, de l'œdème des membres inférieurs et des troubles oculaires. Les urines contiennent de l'albumine en grande quantité.

Les premières douleurs se produisent le 21 décembre, trois heures après la rupture prématurée des membranes.

L'accouchement a lieu le lendemain.

L'enfant pèse 3.020 grammes. Le placenta 520 grammes.

Courbe alimentaire. — La chute de poids est de 280 grammes en cinq jours et pendant quatre jours l'enfant reste stationnaire à 2.730 grammes.

Les tétées sont pesées et complétées au lait de vache stérilisé. L'enfant a la ration alimentaire correspondante à son poids et à son âge. Pas de vomissements, pas de diarrhée.

Le dixième jour on administre la liqueur de Van Swieten, X gouttes d'abord avec augmentation de V gouttes par jour jusqu'à XXX gouttes. Dès lors la courbe de poids remonte. En quatorze jours, on a une augmentation de 385 grammes avec une moyenne de 27 grammes par jour. L'enfant sort du service, nourri exclusivement au sein. Il est revu tous les quinze jours à la Consultation des Nourrissons. Il n'a pas cessé d'augmenter, n'a eu qu'un jour de la diarrhée à la suite d'une faute commise par la mère et, à neuf mois, il pesait 8.100 grammes.

OBSERVATION IX

(Vaillant. — Obs. IX. Thèse de Paris, 1907.)

La femme S..., trente-six ans, entre à la Charité le 27 mai 1907. IV-pare.

Réglée à vingt et un ans pour la première fois et toujours bien réglée depuis cette époque.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a fait aucune maladie antérieure.

Première grossesse en 1899. Elle a accouché prématurément à six mois et demi d'un enfant mort-né. Deuxième grossesse en 1900. Accouchement à sept mois. L'enfant meurt trois jours après sa naissance.

Troisième grossesse en 1901. Accouchement à sept mois d'un enfant mort sept jours après sa naissance.

Enfin quatrième grossesse qui se termine le 28 mai par la naissance d'un enfant du sexe masculin du poids de 3.770 grammes. Le liquide amniotique est en excès, mais de coloration normale.

Poids du placenta : 720 grammes.

L'examen histologique du placenta, fait au laboratoire, permet de constater des lésions certaines de syphilis.

Courbe alimentaire. — La chute de poids du début est brusque et assez considérable : 300 grammes en trois jours.

Le quatrième jour, augmentation de 25 grammes, suivie le lendemain d'une perte de 70 grammes.

Le sixième jour, augmentation de 25 grammes, mais le septième et le huitième jour, nouvelle diminution de 40 grammes.

A ce moment l'enfant ne pèse plus que 3.350 grammes. La chute de poids est considérable, 420 grammes en huit jours. Il faut noter que l'enfant a pu prendre au sein une quantité de lait suffisamment considérable et qu'il n'est pas du tout nécessaire de compléter les tétées.

Le traitement au moyen de frictions d'onguent napolitain est institué le 5 juin et, dès le lendemain, on trouve une augmentation de poids de 30 grammes. Cette augmentation va persister d'une façon régulière.

10 juin. — L'enfant quitte le service. Il pèse 3.500 grammes.

11 juin. — A la consultation de nourrissons, il pèse 3.530 grammes.

18 juin. — A la consultation également, il pèse 3.650 grammes et n'a pas été revu depuis cette époque.

OBSERVATION X

(Recueillie à la Maternité de la Charité).

(Obs. XIV de la thèse de Vaillant, 1907.)

La femme S..., lingère, âgée de dix-huit ans, entre à la Charité le 15 février 1905. I-pare.

Rien à noter au point de vue héréditaire.

Elle n'a eu d'autre maladie que la scarlatine dans sa première enfance.

L'accouchement a lieu le 18 février d'un garçon pesant 2.830 grammes.

Le poids du placenta est de 650 grammes.

Le premier jour, l'enfant diminue de 80 grammes. (Voir Planche I).

Le deuxième jour de 50 grammes.

Le troisième jour l'état est stationnaire.

Ensuite jusqu'au 25 février, la courbe est régulièrement descendante et à cette date l'enfant a perdu 200 grammes.

L'enfant est exclusivement nourri au sein et la quantité de lait maternel est suffisante comme le montre la pesée des tétées.

Se basant sur le poids élevé du placenta, sur la courbe descendante, peu accentuée, mais constante, on soumet l'enfant au traitement mercuriel par des frictions. La série des frictions

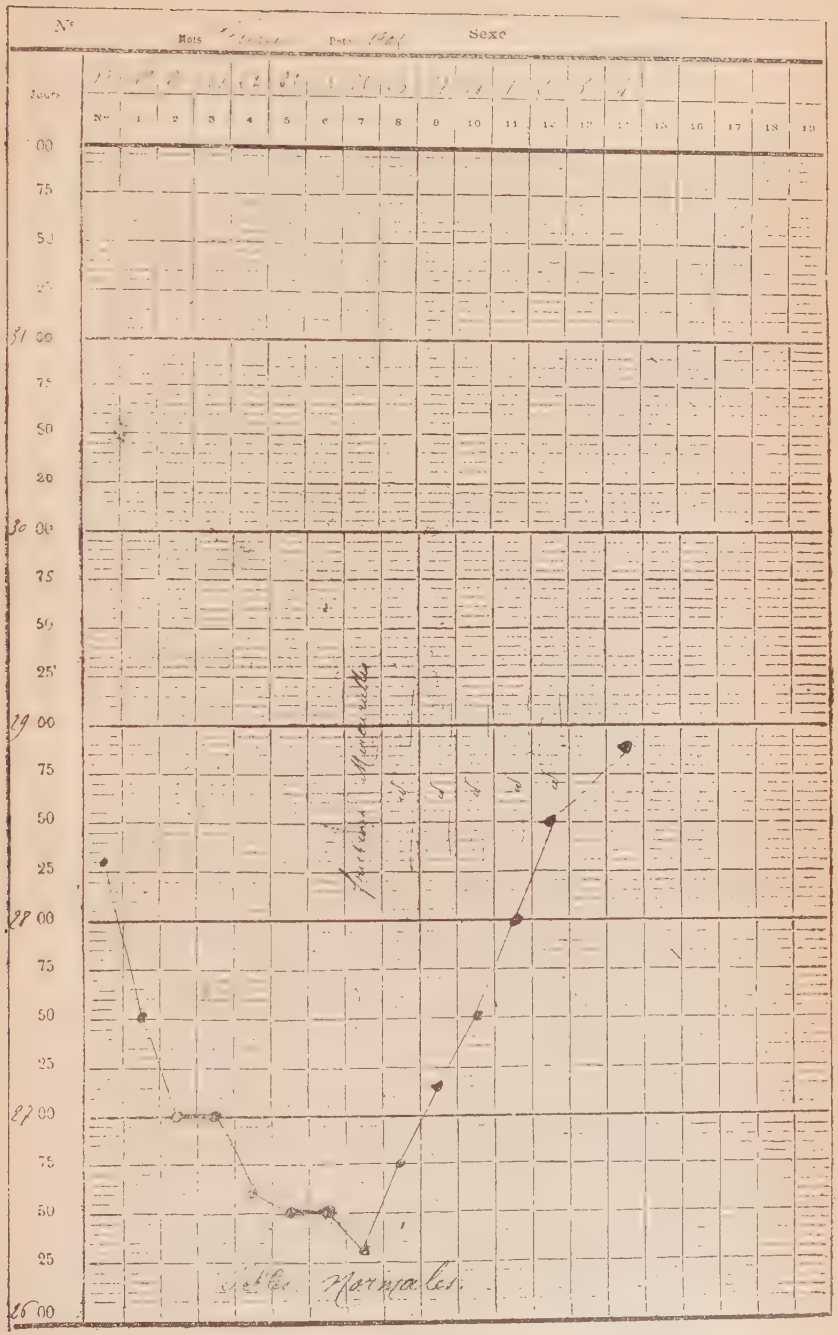

N°
Mois
Sexe
Jours
N° 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
00
75
50
25
31 00
75
50
25
30 00
75
50
25
29 00
75
50
25
28 00
75
50
25
27 00
75
50
25
26 00

Planche I

commencée le 25 est continuée les jours suivants. Dès le lendemain, augmentation de 45 grammes. Cette augmentation persiste les jours suivants dans les mêmes proportions et, le 2 février à sa sortie de la Maternité, il pèse 2.850 grammes.

Il a donc augmenté depuis le 25 février sous l'influence des frictions de 220 grammes, soit une moyenne de 44 grammes par jour.

Nous avons pu nous rendre compte que deux jours après sa sortie, le 4 mars, l'enfant avait été présenté à la consultation. Il pesait 2.890 grammes et avait augmenté de 40 grammes en deux jours. On lui fit continuer son traitement et prendre X gouttes de liqueur de Van Swieten.

La femme S... ne fut plus revue à la consultation.

OBSERVATION XI (inédite)

(Service de M. professeur Maygrier à la Charité.)

La femme M..., trente-deux ans, journalière, entre à la Maternité le 15 juillet 1899. II-pare.

Elle donne les renseignements suivants : Son père et sa mère sont morts, probablement de tuberculose.

Ses frères et sœurs tous vivants sont bien portants.

Elle dit avoir marché à quinze mois et n'a fait aucune maladie dans son jeune âge.

Réglée à seize ans pour la première fois et toujours régulièrement depuis cette époque.

Elle est accouchée à terme le 17 février 1898 d'un enfant mort et macéré qui s'est présenté par le siège. Accouchement normal.

Elle a eu ses dernières règles du 10 au 16 octobre 1898 et semble ne pas être absolument à terme.

Elle entre à l'hôpital le 15 juillet à 11 heures du soir, car elle a ressenti dans la journée quelques douleurs et a perdu des glaires. Les urines sont normales.

A l'inspection, on remarque des varices aux membres inférieurs.

L'enfant se présente par le sommet en position gauche, mais on constate, en faisant le palper, qu'il y a excès de liquide.

Au toucher, l'angle sacro-vertébral est accessible, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 2.

Les douleurs réapparaissent dans la nuit du 17 au 18 juillet, le travail s'accomplit normalement.

A 3 heures et demie de l'après-midi, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt et laisse échapper une grande quantité de liquide.

L'engagement de la tête se fait ensuite brusquement.

A 4 heures expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin bien constitué et pesant 3.680 grammes et mesurant 52 centimètres. Le placenta très volumineux pèse 1.180 grammes.

Courbe alimentaire. — En deux jours l'enfant diminue de 200 grammes et ne pèse plus, le 20 juillet, que 3.480 grammes. Le même jour, il présente de la fièvre. La température prise trois fois oscille entre 38 et 39 degrés.

Le lendemain 21 augmentation de 20 grammes. La fièvre persiste, mais diminue, de telle sorte que le soir à 6 heures la température n'est plus que de 37° 5.

Depuis la veille trois bains par jour ont été administrés, absolument rien n'explique cette température.

Dans la journée, l'enfant a du coryza. Le 22, le poids n'augmen-

tant pas, on donne XV gouttes de liqueur de Van Swieten et on augmente de V gouttes les jours suivants. Le 23, chute de 50 grammes, mais la température diminue encore. Le 24, nouvelle chute de 40 grammes, la température remonte un peu : 37° 7. En même temps apparaissent aux mains des bulles de pemphigus. Le 25, la température est normale, une augmentation de 80 grammes se produit, mais ne persiste pas les deux jours qui suivent. Le 28, nouvelle chute de 20 grammes. L'enfant pèse alors 2.470 grammes. Il prend maintenant XXXV gouttes de liqueur de Van Swieten. Le poids reste toujours à peu près stationnaire. Les selles ont été presque toujours normales, quelquefois liquides. Le 28 juillet, sur sa demande, la mère sort de l'hôpital et emmène son enfant. Il n'a pas été revu à la Consultation de Nourrissons.

OBSERVATION XII (Inédite).

(Service de M. le professeur Maygrier à la Maternité de la Charité.)

La femme G..., âgée de trente-sept ans, cuisinière, entre à la Charité le 28 novembre 1898 à 10 heures du matin.

Immédiatement interrogée, elle dit avoir eu une première grossesse qui s'est terminée par l'expulsion prématurée à six mois et demi d'un enfant mort et macéré.

On n'obtient aucun renseignement au point de vue héréditaire et, parmi ses antécédents personnels, aucun signe de spécificité n'est noté.

Elle a vu ses dernières règles du 10 au 15 février 1890. Les urines foncées ne contiennent pas d'albumine.

Elle présente de la leucorrhée et de l'œdème des membres inférieurs.

Les premières douleurs apparaissent le 28 novembre à 4 heures du matin. Elle semble par conséquent à peu près à terme. Tout se passe normalement et l'accouchement a lieu le même jour à midi.

Le placenta pèse 680 grammes.

Les membranes sont complètes, l'enfant bien constitué a 53 centimètres de longueur et pèse 4.010 grammes.

La courbe alimentaire est absolument typique. (Planche II).

Le premier jour, diminution de 110 grammes.

Le deuxième jour, diminution de 125 grammes.

Le troisième jour, diminution de 105 grammes.

La chute de poids a donc été en trois jours de 340 grammes.

Le quatrième jour, légère augmentation de 10 grammes. Il pèse par conséquent 3.680 grammes et ce poids ne change pas le lendemain.

Le sixième jour, nouvelle chute de 50 grammes. On constate ce jour-là des traces de pemphigus aux pieds et, le lendemain, en présence d'une nouvelle chute de 90 grammes, on donne X gouttes de liqueur de Van Swieten. Les selles jusqu'à ce jour sont normales.

L'enfant est nourri au sein, complété quand cela est nécessaire, par du lait de vache stérilisé.

On augmente de V gouttes par jour la quantité de liqueur de Van Swieten. Cela n'empêche pas le poids de descendre à 3.500 grammes, le plus bas qui ait été atteint.

Jusqu'au treizième jour la courbe présente des oscillations, ce jour-là le poids est toujours de 3.500 grammes.

L'enfant prend XL gouttes de liqueur de Van Swieten. On

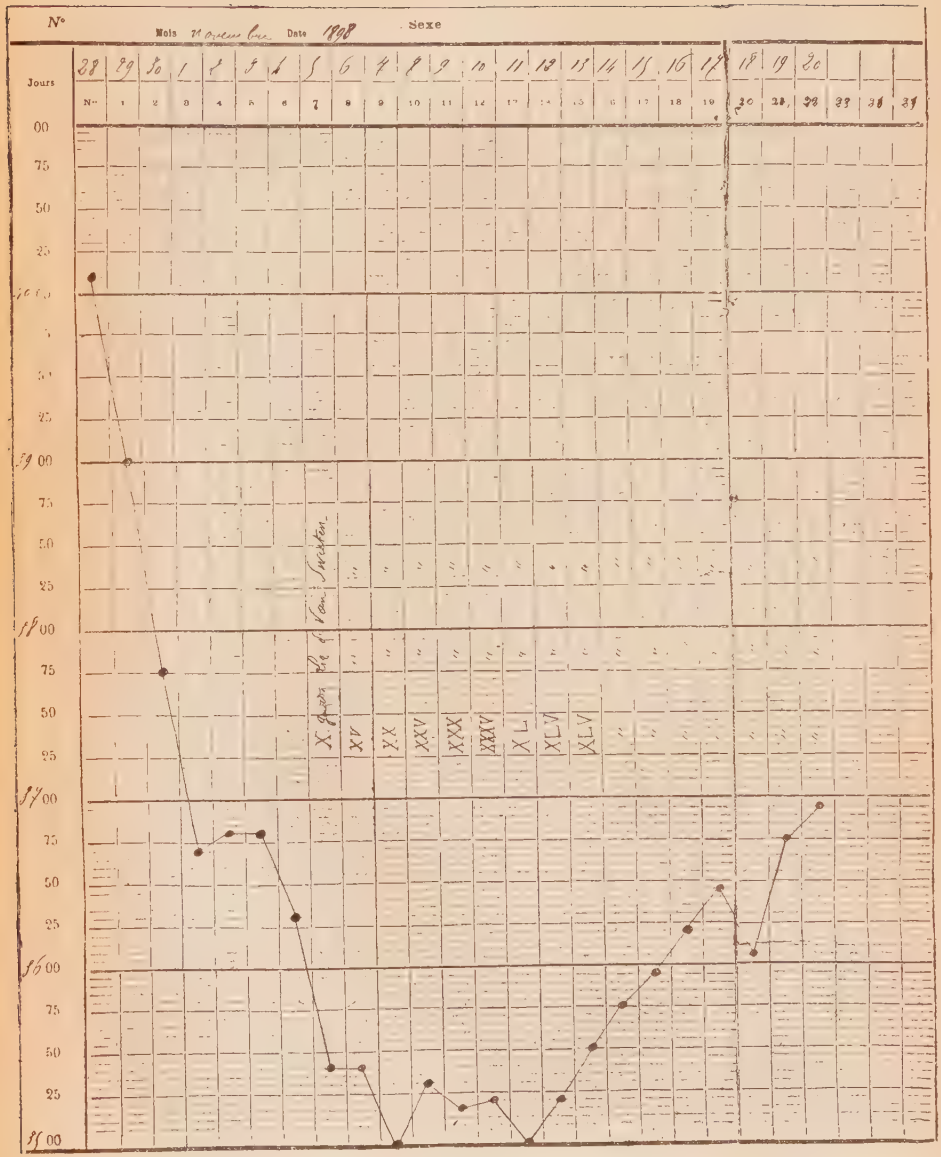

N°
Mois
Date
1898
Sexe
Jours
N°
00
75
50
25
39 00
37 00
35 00
33 00
XV
XX
XXV
XXX
XXXV
XL
XLV
XLVI

Planche II

augmente encore le lendemain de V gouttes et l'on s'en tient définitivement à XLV gouttes.

A partir du quatorzième jour, la courbe devient nettement ascendante. L'augmentation de poids est de 15, 20 et 25 grammes par jour. Une seule fois l'enfant a diminué de 15 grammes, mais il a augmenté le lendemain de 45 grammes.

Le dix-neuvième jour il sort de la Maternité en bon état, pesant 3.695 grammes. Son augmentation est régulière.

Les selles ont été normales presque tout le temps, deux fois seulement elles ont été mélangées, le deuxième et le quatorzième jour du traitement.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Service de M. le professeur Maygrier à la Charité.)

La femme V...,vingt et un ans, couturière, entre à la Charité le 22 octobre 1907.

Aucun renseignement au point de vue héréditaire.

Deux grossesses antérieures. La première en 1905 s'est terminée par l'acouchement prématuré au terme de six mois d'un enfant mort deux jours après sa naissance. La deuxième, en 1906, s'est terminée par l'accouchement prématuré à huit mois d'un enfant élevé au sein jusqu'à huit jours, au biberon du huitième au vingtième jour et mort le vingtième jour.

Elle a vu ses dernières règles du 5 au 6 janvier 1907 et est par conséquent à terme à son entrée à l'hôpital, le 22 octobre.

La femme V... a eu en ville une rupture prématurée des membranes, une heure environ avant son entrée, c'est-à-dire vers 8 heures du matin.

A 10 heures, elle expulse un enfant du sexe féminin, pesant 3.450 grammes et paraissant en bon état.

Le placenta n'est pas volumineux, il pèse seulement 480 grammes.

Courbe alimentaire. — Le premier jour, chute de 175 grammes, le deuxième jour de 100 grammes, le troisième jour de 25 grammes. Son poids est alors de 3.150 grammes. Le quatrième et cinquième jour il remonte à 3.170 grammes, mais redescend le lendemain.

Après une nouvelle, mais légère augmentation, la courbe devient nettement descendante et le dixième jour le poids n'est plus que de 3.030 grammes.

Il a perdu 420 grammes en dix jours.

On se décide, alors en tenant compte des deux accouchements prématurés antérieurs, à instituer un traitement, et on commence les frictions mercurielles quotidiennes.

Dès le lendemain, une augmentation se produit. Elle est de 25 grammes et persiste régulièrement les jours suivants.

Le 6 novembre, l'augmentation de poids est de 120 grammes.

Le même jour, l'enfant quitte le service en bon état, il n'a eu que quatre frictions mercurielles.

Les selles ont été presque toujours normales. Une seule fois, le sixième jour, elles ont été vertes coïncidant avec une poussée légère de lymphangite du sein chez la mère.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant a été nourri exclusivement au sein.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Service de M. le professeur Maygrier à la Charité.)

La femme G..., ménagère, entre à la Charité le 10 novembre 1907.

C'est une femme de vingt-neuf ans, multipare.

On n'obtient aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Première grossesse en 1898, se termine par l'accouchement normal d'un enfant vivant et bien portant, élevé au sein maternel pendant trois mois, ensuite au biberon.

Deuxième grossesse en 1904 : Accouchement prématuré au terme de sept mois d'une fille actuellement vivante, élevée six semaines au sein, ensuite au biberon.

Troisième grossesse : Actuelle, mais le père de cet enfant n'est pas aussi celui des deux premiers.

Le 27 septembre, elle a constaté sur les organes génitaux l'existence d'un chancre et dit avoir été contaminée le 6 septembre, c'est-à-dire vingt jours auparavant par un individu autre que le père de ce troisième enfant.

Elle entre à l'hôpital le 10 novembre et, le 11, on lui fait une piqûre d'huile grise.

Le 13 novembre, elle est examinée par M. Maygrier qui constate une roséole généralisée de l'induration et de l'œdème du clitoris et du capuchon et des plaques muqueuses sur l'amygdale droite.

Le 3 décembre, apparaissent les premières douleurs et le lendemain, à 2 heures du matin, elle expulse un peu avant terme

un enfant du sexe féminin pesant 2.880 grammes et mesurant 48 centimètres.

L'accouchement est normal et l'enfant paraît sain.

Le placenta, pas trop volumineux, pèse 450 grammes.

Courbe alimentaire. — Diminution de 100 grammes le premier jour, de 105 grammes le second et de 70 grammes le troisième.

Trois oscillations se produisent alors, l'enfant augmente un jour de 30 grammes pour redescendre le lendemain d'autant.

1er décembre. — Le poids est de 2.600 grammes sans aucune tendance à l'augmentation.

On décide de faire immédiatement une friction mercuriel .

Le lendemain augmentation de 20 grammes.

On continue les frictions et l'augmentation se produit régulièrement.

L'enfant est en bon état, les selles absolument normales, lorsque, le onzième jour, malgré les conseils qu'on lui donne la mère quitte l'hôpital avec son enfant.

On lui remet une ordonnance pour de la pommade mercurielle et on lui conseille de revenir chaque semaine à la Consultation des Nourrissons.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Service de M. le professeur Maygrier à la Charité.)

La nommée D... entre à la Charité le 22 février 1901 à 9 heures du matin.

Rien d'intéressant dans ses antécédent héréditaires.

Réglée à onze ans et très irrégulièrement réglée depuis cette époque.

En 1900 elle contracte la syphilis, se soigne deux mois au moyen de pilules de proto-iodure de mercure et devient enceinte.

Ses derniers règles datent du 25 au 28 mai 1900.

Pendant les deux premiers mois de sa grossesse seulement, elle a fait son traitement et ne l'a pas continué plus longtemps.

A son entrée à l'hôpital, elle porte sur la petite lèvre gauche trois plaques de nature suspecte.

Les douleurs ont commencé à 4 heures du matin. Elle entre à l'hôpital à 9 heures et expulse vers midi un enfant du sexe féminin pesant 3.310 grammes, mesurant 49 centimètres de longueur et paraissant bien constitué.

D'après la date des dernières règles, la femme D... semble être à terme.

Le placenta, volumineux, pese 720 grammes.

Courbe alimentaire (Planche III). — Le premier jour, chute de 155 grammes suivie le lendemain d'une perte de 85 grammes.

La courbe remonte un peu jusqu'au sixième jour. Poids 3.115 grammes.

A ce moment l'enfant présente du coryza.

Nourri exclusivement au sein jusque-là, il a de la difficulté pour téter et on se trouve dans l'obligation de le gaver.

Le septième jour, la chute de poids, une des plus considérables, a été de 115 grammes et, malgré une augmentation de 40 grammes le lendemain, la chute persiste.

En présence de cette courbe, des antécédents maternels, on

institue le traitement et, le 3 mars, on fait une friction mercurielle.

La chute ne s'interrompt pas et, le 7 mars, l'enfant ne pèse plus que 2.970 grammes.

Le même jour on lui fait prendre X gouttes de liqueur de Van Swieten et, en augmentant progressivement de V gouttes, on arrive et on s'arrête à XXXV gouttes.

Dès le lendemain, c'est-à-dire le 8 mars, une augmentation se produit. Elle est de 20 grammes.

Dès lors, sans interruption, sans aucune chute, la courbe alimentaire remonte et, le 22 mars (l'enfant a alors un mois), il pèse 3.350 grammes.

De 3.310 grammes son poids du premier jour, il est descendu à 2.970 grammes pour remonter ensuite à 3.350 grammes.

Les gavages faits pendant cinq jours ont été cessés le 8 mars, deuxième jour du traitement, par la liqueur de Van Swieten.

Les selles ont été absolument normales et seulement, vers la fin du traitement, l'enfant a présenté un peu d'érythème des fesses.

Il sort de l'hôpital le 22 mars 1901. On n'a eu aucune nouvelle de la femme D... et de son enfant, jusqu'au 13 août 1903.

Ce jour-là elle revient à la consultation de la Charité et raconte que sa fille, mise en nourrice au biberon, est morte de convulsions (?).

Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'au 10 octobre 1902 elle s'est soignée de nouveau. Un mois sur trois environ, c'est-à-dire cinq à six fois pour une période de vingt mois, elle a repris son traitement. Mais, redevenue enceinte en octobre 1902, elle a tout cessé.

Ses dernières règles datent du 10 au 15 octobre.

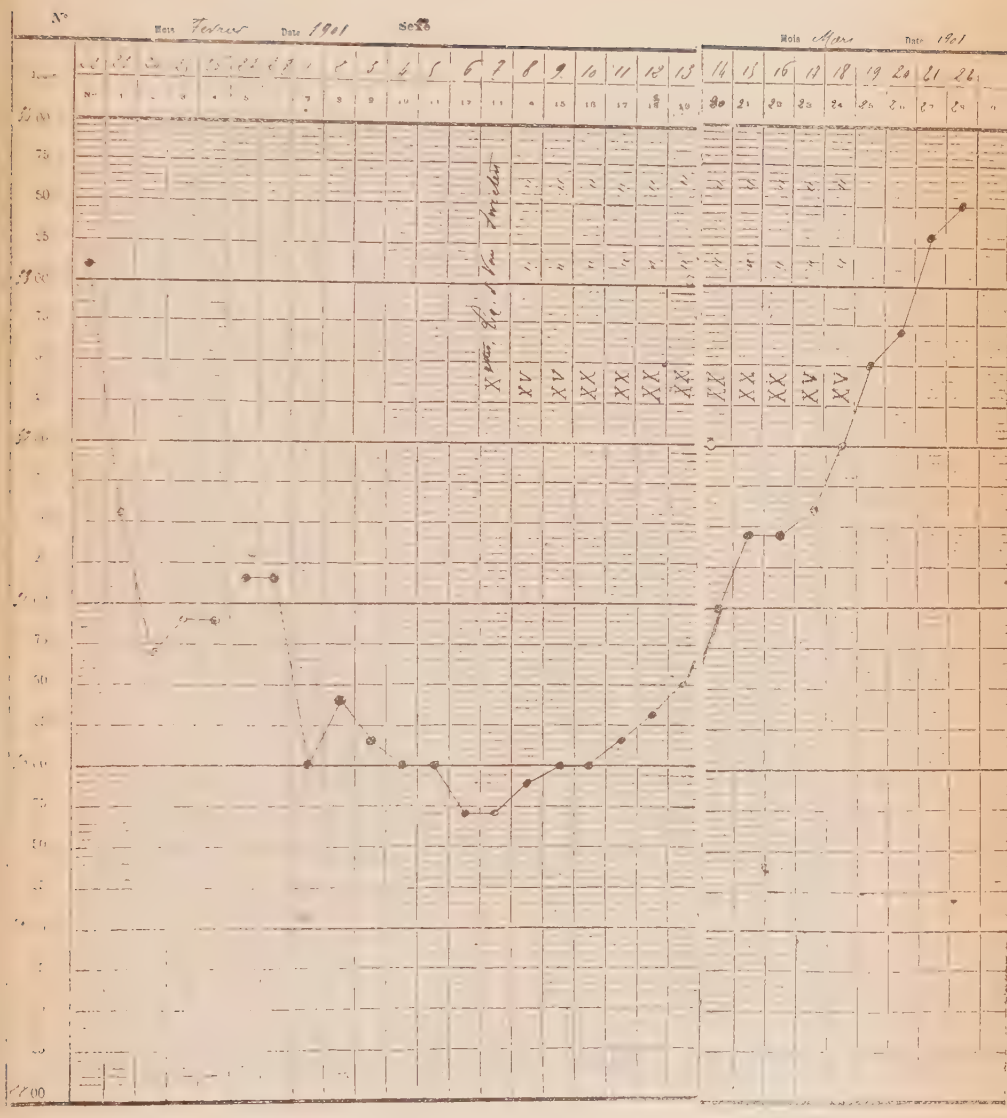


Planche III

Le 13 août 1903, jour de son entrée, elle semble par conséquent à terme.

Les douleurs apparaissent à 6 heures du matin et, dans l'après-midi, elle expulse normalement un enfant du sexe féminin pesant 3.700 grammes et mesurant 51 centimètres.

Le placenta est volumineux, et pèse comme la première fois 720 grammes.

Courbe alimentaire (Planche IV). — La chute de poids est de 120 grammes le premier jour, 110 grammes le second et 45 grammes le troisième. Le poids n'est plus que de 3.425 grammes.

Le lendemain, 17 août, l'augmentation se fait sentir et, le 20, l'enfant pèse 3.595 grammes.

Donc augmentation de 170 grammes en quatre jours.

L'état reste stationnaire jusqu'au 22.

Le 23 commencent des oscillations qui se traduisent le 26 par une diminution de poids.

En même temps, on voit apparaître un peu de coryza.

En présence de cet accident et de la courbe alimentaire qui n'a aucune tendance à se relever on institue le traitement. Immédiatement on fait la première d'une série de dix piqûres de biiodure de mercure.

Le lendemain augmentation de 40 grammes.

Cette augmentation persiste jusqu'au 1er septembre. A cette date le poids est de 3.825 grammes.

De nouvelles oscillations se produisent alors et, le 4 septembre, on fait la dernière piqûre de biiodure.

Malgré de nouvelles chutes de poids qui se produisent pendant les derniers jours de son séjour à l'hôpital l'enfant a

cependant augmenté et il sort le 11 septembre pesant 3.875 grammes.

L'alimentation a été exclusivement au sein. Les tétées ont été suffisantes. Il n'a pas été nécessaire de les compléter.

Les selles ont presque toujours été normales, quelquefois un peu glaireuses. Une seule fois l'enfant a présenté un peu d'érythème des fesses.

Il n'a pas été revu à la Consultation de Nourrissons.

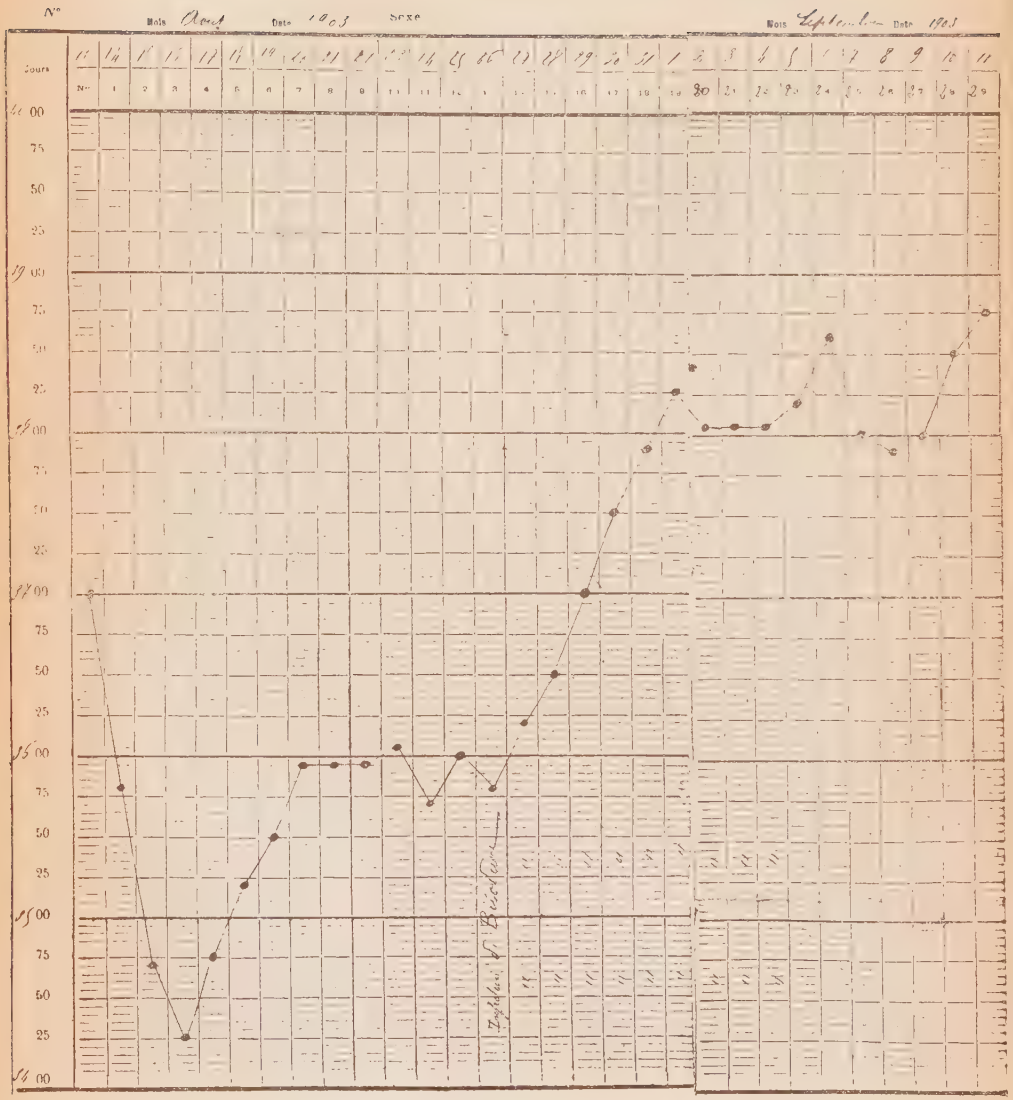


Planche IV

ÉTUDE D'APRÈS CES OBSERVATIONS DE LA MARCHE DE LA COURBE ALIMENTAIRE

A la séance de la Société d'Obstétrique de Paris, le 17 mars 1904, MM. Boissard et Devé attirent l'attention sur « l'importance des renseignements fournis par les pesées quotidiennes de l'enfant en cas de syphilis héréditaire et démontrent que la marche de la courbe alimentaire peut permettre souvent de soupçonner et même d'affirmer une syphilis héréditaire en quelque sorte latente, tellement elle est atténuée » (1).

En examinant les courbes des enfants syphilitiques nés à la maternité de l'hôpital de la Charité de 1898 à 1904, nous avons été frappé du même fait.

Nous avons pu constater la marche anormale de la courbe de poids chez un certain nombre d'enfants hérédo-syphilitiques certains. Le diagnostic avait été fait soit par la présence chez la mère de lésions spécifiques en évolution, soit par l'aveu obtenu des parents d'une contagion plus ou moins récente avec avortements, fausses couches, enfants morts et macérés.

---

1. Boissard et Devé. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, mars 1904.

Dans d'autres cas nous en avons trouvé la raison dans la constatation au moment de l'accouchement, d'un placenta volumineux ou d'un excès de liquide, mais parfois, sans explication possible et sans aucun indice permettant d'en soupçonner la cause, la courbe alimentaire présentait le même aspect.

Nous savons que pendant les deux ou trois premières jours qui suivent sa naissance, l'enfant perd de son poids. « Cette diminution, dit le professeur Budin dans son livre sur le nourrisson, variable suivant les cas, est de 150 à 200 grammes en moyenne. Quelquefois elle est plus considérable. L'évacuation du méconium et de l'urine, l'exhalation pulmonaire et la perspiration cutanée expliquant ces changements. Mais l'enfant étant allaité, son poids augmente, vers le septième jour, il a reconquis celui du début et le dixième jour, il pèse environ 100 grammes de plus qu'au moment de la naissance » (1). Telle est la courbe normale de l'enfant venu à terme. Chez l'enfant hérédo-syphilitique, il n'en est pas toujours ainsi. La diathèse peut se manifester chez lui, par une action néfaste sur la nutrition. Nous le saurons en examinant sa courbe alimentaire.

M. Berre, en 1900, dans sa thèse inspirée par M. le Dr Comby, signale plusieurs types de courbes chez l'hérédo-syphilitique.

La première est caractérisée par une chute de poids continuelle, ininterrompue. La diminution, normale les deux premiers jours, se continue sans cesse. La perte

1. Budin. *Le Nourrisson.*

journalière est variable, elle peut être de 10, 20 ou 30 grammes. Elle peut aller jusqu'à 100 grammes. Aucune ascension ne se produit et le tracé est uniformément descendant.

Un deuxième type est caractérisé par la marche suivante : diminution pendant un certain nombre de jours suivie d'un état stationnaire ou même d'une légère augmentation mais la chute réapparaît et se continue sans interruption.

Dans un troisième type nous voyons une marche absolument normale pendant les premiers jours. L'augmentation se produit vers le quatrième jour. Le sixième la descente commence et l'enfant succombe. Nous trouvons dans nos observations la plupart des caractères signalés ci-dessus.

Cependant de l'étude de ces observations, il nous semble difficile de distinguer comme M. Berre trois types de courbe présentant des différences aussi nettes et aussi tranchées.

La caractéristique de la courbe de l'hérédo-syphilitique est, nous semble-t-il, une descente inexpliquée presque ininterrompue. Elle peut parfois présenter des oscillations ascendantes, mais la descente qui va suivre est d'ordinaire beaucoup plus considérable que l'augmentation qui précède.

Dans l'ensemble la marche est nettement descendante. Elle ne se modifie pas à moins que le traitement n'intervienne.

Notre observation XII, planche II, est caractéristique à cet égard. La courbe ne cesse pas de descendre. Un jour cependant une légère augmentation de 10 grammes se pro-

duit suivie le lendemain d'un plateau et le surlendemain d'une perte de 50 grammes.

Bien entendu dans la grande majorité des cas le mercure donné immédiatement ne tarde pas à relever le poids de l'enfant, mais s'il n'est donné qu'à doses insuffisantes la chute de poids persiste et l'enfant succombe.

En somme, chute presque ininterrompue, telle est, d'après nous, la courbe caractéristique de l'hérédo-syphilis.

Mais cette descente ne survient pas nécessairement dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance. L'enfant peut augmenter au début de façon absolument normale et nous nous rapprochons là du troisième type de courbe signalé par M. Berre. La chute survient en effet, mais elle peut se produire à une époque beaucoup plus reculée que le sixième jour.

M. Barlerin, dans sa thèse en 1902, lui donne des limites beaucoup plus considérables. Elle peut encore, selon lui, survenir après six semaines et constituer toute la symptomatologie de l'affection.

M. Blanchet en 1901 sans insister sur la chute de poids du nouveau-né signale « le retard de développement qui se traduit du moins dans la première année par une courbe de poids inférieur à la normale » (1).

Dans notre observation XIV nous trouvons une courbe se rapprochant du deuxième type signalé par M. Berre. La chute n'est pas très considérable, 280 grammes seulement. Elle est suivie d'une série d'oscillations où l'augmentation est à peu près égale à la descente. L'ascension

---

1. Blanchet. Thèse de Paris, 1901.

définitive ne se produit que sous l'influence des frictions mercurielles.

Dans l'observation XIII, où le traitement n'est administré que d'une façon tardive, nous trouvons une chute suivie de quelques oscillations, mais la perte de poids réapparaît bientôt et s'accentue. Elle est, comme le dit M. Berre, très variable. D'une façon générale elle est plus considérable dans les premiers jours, 60, 80 jusqu'à 150 grammes au début. Plus tard elle sera de 10, 20, 30 grammes par jour et pourra même aller jusqu'à 100 grammes.

En résumé, nous nous basons sur les observations XIII, XIV et XV, planche IV, pour dire que la chute rapide rarement interrompue est la caractéristique de cette courbe, mais qu'elle peut être ou précoce ou tardive.

S'il se produit des oscillations, la caractéristique est encore, comme le dit Pouzol, « la chute rapide des lignes descendantes comparée au peu de hauteur des lignes ascendantes. On dirait que l'enfant essaie de résister, de lutter contre le mal qui le tue, mais que, affaibli par cet effort, il redescend plus rapidement qu'auparavant » (1). Cette chute peut être le seul symptôme qui trahisse chez l'enfant la tare originelle, mais il arrive quelquefois qu'elle soit associée à d'autres accidents. C'est ainsi que dans quelques-unes de nos observations, il sera question d'enfants ayant présenté du pemphigus ou du coryza avant ou après la diminution de poids. Partant de là, on pourra nous objecter que le coryza suffit à lui seul pour empêcher l'enfant, surtout s'il est au sein, de prendre la

1. Pouzol. Thèse de Paris, 1894.

quantité de lait nécessaire et que l'insuffisance de l'alimentation est la cause de son amaigrissement. A cela, nous répondrons d'abord en invoquant la nature syphilitique du coryza des nouveau-nés, et nous dirons que, dans un certain nombre de nos observations, l'enfant ne présente ni coryza, ni pemphigus. Exemple : Observations X, XIII et XIV.

En outre, l'alimentation des enfants a toujours été suffisante, le plus souvent au sein. Les tétées pesées très souvent étaient complétées dès que cela était nécessaire. L'enfant prenait dans les vingt-quatre heures 400 à 600 grammes de lait et n'avait aucun vomissement. D'aiileurs la faim semblait pour lui toujours inassouvie. Il prenait même parfois de trop grandes quantités de lait et malgré cette suralimentation la chute persistait.

D'autre part, que l'on modifie l'alimentation, que l'on remplace le lait maternel par du lait de vache, le lait de vache par le lait d'ânesse le résultat est le même. Rien n'y fait, la descente persiste et même la suralimentation peut parfois déterminer chez cet enfant qui diminue déjà des accidents intestinaux.

Cependant le plus souvent les selles étaient normales. Dans l'observation XII l'enfant est au sein maternel. Le troisième jour en présence de la chute trop considérable et après avoir pesé les tétées on complète avec du lait de vache stérilisé. Le résultat du reste est nul. D'autre part, soit avant, soit pendant le traitement on ne remarque aucun symptôme d'accidents intestinaux. Dans l'observation XIV un jour seulement les selles sont mélangées, les autres jours elles sont normales.

Enfin dans la plupart de nos observations, XI, XII, XIII et XV particulièrement, l'enfant pèse plus de 3.000 grammes. Il est à terme. A dessein nous n'avons recueilli que très peu d'observations de primatures. Rien en somme ne peut expliquer la dénutrition observée. Et cependant toutes ces conditions réunies, la diminution de poids se produit quand même. A quelles causes l'attribuerons-nous ?

Dans beaucoup d'autres cas, a-t-on dit, cas n'ayant aucun rapport avec la syphilis, on a pu trouver chez l'enfant des courbes alimentaires à peu près semblables. Ne pourrait-t-on pas supposer que l'hérédo-tuberculose, l'hérédo-alcoolisme, l'hérédo-saturnisme, ne donnent chez l'enfant des manifestations identiques ?

C'est alors qu'il nous faut faire intervenir l'action du traitement mercuriel. Nous allons voir dans le chapitre suivant combien grande est son influence sur le relèvement de la courbe. Administré dans certaines conditions que nous allons indiquer nous constaterons avec quelle intensité et quelle rapidité il agit. Mais, dit M. Bax dans sa thèse soutenue tout dernièrement : « Faut-il attribuer au mercure la valeur d'une pierre de touche infaillible dans le diagnostic de la syphilis ? Il nous semble bien téméraire de l'affirmer. De plus en plus on s'accorde à reconnaître que le mercure est capable de guérir d'autres affections que la syphilis (1). » Nous reconnaissons volontiers avec M. Bax que le mercure ne borne pas seulement son action à la syphilis, mais reportons-nous à l'observation IV et voyons ce qui se passe. Un enfant pesant à la naissance 3.160 gram-

1. Bax. Thèse de Paris, 1908.

mes diminue d'une façon presque continue pendant quelques jours. Des frictions mercurielles pratiquées ne donnent aucun résultat et l'enfant meurt.

En présence de la courbe, le diagnostic de syphilis héréditaire avait été porté, l'autopsie le confirme et permet de constater l'existence d'un foie volumineux jaune verdâtre, dur et résistant à la coupe.

La rate et les reins sont notablement hypertrophiés.

En général, lorsque dans ces cas l'enfant vient à succomber, on trouve à l'autopsie des lésions viscérales de syphilis héréditaire, et après MM. Levaditi, Brindeau, Fouquet, peut-être serait-il possible de trouver le spirochète dans le foie et la rate d'enfants présentant une courbe alimentaire identique.

M. le professeur Fournier, dans son livre sur l'hérédité syphilitique, avait attiré fortement l'attention sur un cas de syphilis héréditaire atténuée : « En pratique, dit-il, on pense avoir tout fait lorsque, ayant à examiner un petit enfant suspect de syphilis héréditaire, on a exploré la peau, les muqueuses, les orifices naturels, les os. Et si l'on a rien trouvé, on s'empresse de conclure à la non existence de la syphilis. Un tel examen a le défaut d'être radicalement incomplet. Restent les viscères qu'il faut interroger un à un et cela non pas seulement quant aux signes physiques qui peuvent résulter de leur exploration, mais quant à leurs troubles fonctionnels » (1).

M. Fournier fait de cette « inaptitude à la vie, de ce dépérissement progressif et rapide » (2) une manifestation de

1. Fournier. *Hérédité syphilitique.*
2. *Ibid.*

syphilis viscérale. La symptomatologie en est presque nulle, et souvent ce n'est qu'à l'autopsie que l'on en fait la preuve.

En présence de ces troubles fonctionnels, il nous est impossible de faire un diagnostic certain. Ce sera seulement sur les antécédents que nous pourrons nous baser et si nous n'obtenons ainsi aucun renseignement ce sera une espèce de « calcul de probabilité » (1) qui nous fera instituer le traitement mercuriel. « Exiger plus, dit encore M. Fournier, exiger un signe spécifique pour se décider au traitement spécifique, ce serait priver le malade du seul ordre de remèdes qui puisse lui être utile. Ce serait en nombre de cas *attendre l'autopsie pour faire le diagnostic.* »(2)

Nous pourrons donc conclure en disant que cette chute de poids, inexpliqnée, ininterrompue, est bien probablement l'indice d'une syphilis viscérale se manifestant seulement par des troubles fonctionnels, syphilis hépatique, syphilis intestinale dont bien souvent le diagnostic, soupçonné seulement pendant la vie, ne peut être fait qu'à l'autopsie par les lésions macroscopiques ou microscopiques des différents viscères.

---

1. Fournier. *Hérédité syphilitique.*
2. Fournier. *Hérédité syphilitique.*

INFLUENCE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS MERCURIELS SUR LA MARCHE DE LA COURBE ALIMENTAIRE

Les méthodes d'administration du mercure chez les enfants sont nombreuses, et M. Vaillant, étudiant en 1907, dans sa thèse, le traitement de la syphilis du nouveau-né, dit que le mercure peut-être absorbé par quatre voies différentes et distingue :

La voie respiratoire ;

La voie digestive ;

La voie cutanée ;

La voie hypodermique.

La *voie respiratoire* est utilisée en Suisse et en Allemagne et d'une façon systématique par Welander à Stockholm depuis 1897.

Elle consiste, dit Vaillant, « à faire porter autour du cou du malade un sachet dans lequel est introduit une quantité variable suivant l'âge de l'enfant, d'onguent mercuriel ou d'une préparation à laquelle il (Welander) a donné la préférence et qui est un amalgame de magnésium et d'aluminium mélangé à la craie » (1).

---

1. Vaillant. Thèse de Paris, 1907.

Les inhalations de vapeurs mercurielles obtenues par ce système donnent d'après Welander un résultat « extraordinairement favorable ».

S'il n'y a, il est vrai, aucune complication à craindre, cette méthode est cependant critiquable, car elle ne permet pas d'apprécier de façon même approximative la quantité de mercure absorbé.

Elle est, du reste, abandonnée en France, et nous n'examinerons pas son action sur la courbe de l'hérédo-syphilitique.

La *voie digestive* beaucoup plus fréquemment utilisée permet d'administrer le mercure sous trois formes :

Celle désignée sous le nom de *mercurium cum creta*, la liqueur de Van Swieten et le lactate de mercure préconisé tout particulièrement par M. le professeur Gaucher.

La *voie cutanée* également très employée comprend :

1° La balnéation. Les bains de sublimé, autrefois très en vogue, sont à l'heure actuelle beaucoup moins utilisés. Plusieurs reproches leur ont été faits :

D'une part, l'absorption si la surface cutanée est intacte est bien peu considérable et le résultat presque nul ;

D'autre part, s'il existe sur la peau des lésions de quelque nature qu'elles soient, des fissures, etc., une quantité de mercure dangereuse et capable d'occasionner des accidents peut être absorbée.

2° Les frictions d'onguent mercuriel. Cette méthode « la plus ancienne de celles qui sont encore employées actuellement est aussi la plus répandue » (1).

---

1. Vaillant, Thèse, Paris.

On peut employer, soit l'onguent napolitain ou onguent mercuriel double, soit l'onguent simple, communément appelé onguent gris.

On connaît la composition de ces deux pommades et quelle technique il faut utiliser pour pratiquer la friction.

La *Voie hypodermique* est la plus récente. Elle peut être ou hypodermique proprement dite ou intra-musculaire.

Dans le premier cas on utilisera les préparations solubles qui sont : le sublimé, le biiodure de mercure, l'huile biiodurée et surtout le benzoate de mercure moins douloureux.

Dans le second cas, on a recours au calomel et à l'huile grise.

Nous verrons en les examinant l'un après l'autre quelle est l'action de ces divers traitements sur le poids du nourrisson et l'influence qu'elles exercent sur la courbe alimentaire de l'hérédo-syphilitique.

Voie Digestive. Liqueur de Van Swieten. Lactate de Mercure. — La formule de la liqueur de Van Swieten est bien connue et nous savons que XXX gouttes de cette liqueur équivalent à 1 milligramme de mercure.

Elle s'administre de diverses façons, mais pour éviter des inconvénients graves, il faut toujours en principe la donner à doses croissantes.

C'est ainsi que M. le professeur Gaucher la fait administrer.

Dans sa thèse, M. Vaillant indique de préférence la technique suivante :

Le premier jour, il donne généralement X gouttes de la solution et tous les jours il augmente la dose de V gouttes. Il peut ainsi aller jusqu'à XXXV, XL et XLV gouttes par jour.

D'une façon générale, il faut se rappeler que l'enfant supporte très bien le mercure, et même, toutes proportions gardées, il le supporte mieux que l'adulte.

Quelle est l'action de la liqueur de Van Swieten sur l'enfant et en particulier sur sa courbe alimentaire?

Nous pouvons dire que la liqueur de Van Swieten agit, et qu'elle agit même assez rapidement.

Dans huit observations où elle fut administrée d'une façon systématique, M. Vaillant a bien étudié ses effets.

Dans la première, l'action sur la courbe est nette. L'enfant soumis à ce traitement a augmenté de 40 grammes dans la première semaine. L'augmentation ensuite a persisté, moins considérable il est vrai, mais sans arrêt et sans aucune chute.

A quel moment se produit l'augmentation de poids?

D'après les observations de M. Vaillant, il semble que le début de l'action du mercure se produise d'une façon assez irrégulière.

Il arrive quelquefois qu'une première prise suffira pour la déterminer et que l'on ait, dès le lendemain, une élévation de la courbe. La gravité des cas joue certainement un rôle dans la date d'apparition comme dans l'intensité de cette augmentation.

Mais, généralement, le traitement ne fait sentir ses effets que deux ou trois jours après l'absorption du médicament, parfois même cette action peut se faire attendre plus long-

temps encore et n'apparaître que le cinquième ou sixième jour.

Que fait alors la courbe alimentaire ?

Elle peut continuer à descendre. Exemple : l'observation V de Vaillant. Malgré les frictions et les bains de sublimé, l'enfant diminue de 180 grammes en trois jours. La liqueur de Van Swieten, substituée à ce premier traitement, ne donne un résultat que cinq jours après seulement.

D'autre part, l'augmentation n'est pas toujours très nette, et nous verrons assez souvent se produire après l'arrêt dans la marche descendante de la courbe un plateau de durée plus ou moins longue, avec des oscillations plus ou moins considérables. Cet état stationnaire peut durer plusieurs jours, et enfin sous l'influence de doses croissantes de la solution l'augmentation se produit.

D'autres fois enfin il peut se faire que la courbe alimentaire de l'hérédo-syphilitique, après la chute normale du début ne se relève que d'une façon insuffisante.

Le mercure agira encore sur cette courbe faiblement ascendante et sera le départ d'une augmentation journalière, normale et plus considérable.

Mais quelle est la moyenne de cette augmentation journalière ?

Elle aussi est très irrégulière. Les observations de Vaillant et nos propres documents le prouvent.

Dans certains cas, la moyenne est considérable et s'élève à 40, 50 grammes par jour et plus.

Dans d'autres cas, les gains sont très faibles, 5, 10 grammes environ. Dans une observation nous avons eu une augmentation de 8 grammes par jour. Dans une autre,

13 grammes. Le chiffre moyen semble être environ 20 grammes.

A côté de ces avantages, on l'a accusée de présenter des inconvénients assez graves, et d'agir en particulier de façon nuisible sur le tube digestif.

Dans la plupart des observations de Vaillant et dans celles que nous avons pu nous procurer à l'hôpital de la Charité, il semble que cet inconvénient ne soit pas très fréquent. Le plus souvent, les selles des enfants traités de cette façon, sont normales.

Quelquefois, au début du traitement par exemple, les selles sont un peu liquides, mélangées, verdâtres même, mais il arrive aussi et cela assez souvent que le médicament agisse d'une façon favorable sur une diarrhée préexistante et la fasse disparaître. Un autre inconvénient assez grave que présente la liqueur de Van Swieten est son goût métallique très accentué « goût âcre désagréable, qui peut devenir un obstacle presque absolu à l'emploi de ce médicament » (1).

C'est pour y remédier que M. le professeur Gaucher a remplacé la liqueur de Van Swieten par une solution au millième de lactate de mercure.

M. Lévy-Franckel, dans les *Annales des Maladies vénériennes*, en décembre 1906, a publié quatre observations pour prouver l'action et justifier l'emploi du lactate mercurique.

Ses effets sont comparables à ceux de la liqueur de Van Swieten, il est le médicament de choix chez les cachec-

---

1. Levy-Franckel. *Ann. des mal. vénér.*, décembre 1906.

tiques, dans les diarrhées et permet l'administration journalière de l'acide lactique chez le nourrisson.

Cette action de la liqueur de Van Swieten et du lactate mercurique, est en somme l'action produite par le mercure chez l'hérédo-syphilitique de quelque façon qu'on l'emploie. Cependant, et c'est ce que nous désirons faire remarquer, il y a avec les autres méthodes, des différences de rapidité et d'intensité notables qui font que l'emploi du médicament par la voie digestive, ne donne pas toujours les meilleurs résultats.

Voie Cutanée. — Frictions Mercurielles. — La méthode des frictions mercurielles est la plus ancienne de celles actuellement employées.

La technique est bien connue et nous ne la rappellerons pas.

Cette méthode très critiquée présente des avantages et de gros inconvénients.

Les avantages sont :

La simplicité de la médication et surtout la possibilité en l'utilisant de ménager les voies digestives. Son activité est relative, et nous verrons que dans un certain nombre de cas il est nécessaire d'y substituer une autre méthode.

Ses inconvénients sont nombreux, au moins dans la clientèle ordinaire sinon dans la pratique hospitalière. Les moins graves sont la difficulté et la perte de temps qu'elles occasionnent pour être bien pratiquées, les accidents cutanés qu'elles déterminent, mais surtout l'impossibilité de savoir d'une façon précise la quantité de mercure qui a été absorbée.

Malgré cela, l'intensité des frictions mercurielles est

manifeste et fréquemment elles agissent d'une façon favorable sur le poids du nouveau-né.

Si nous nous reportons à la thèse de M. Vaillant, nous verrons que dans sept cas observés par lui les résultats ont été les suivants :

Trois fois (obs. IX, XI et XIV) l'action est très nette et l'augmentation apparue dès le lendemain de la première friction a été de 30, 20 et 40 grammes.

Dans trois autres cas (obs. X, XII et XV) l'action est beaucoup moins favorable ; deux fois, il est vrai, nous avons affaire à des prématurés. Cependant dans le premier cas l'augmentation n'apparaît que le troisième jour et elle est fréquemmeut interrompue, dans le deuxième cas l'enfant meurt après la quatrième friction, dans le troisième il y a d'abord des alternatives de descente et d'augmentation avant que la courbe ne prenne une marche nettement ascendante.

Enfin l'insuffisance du traitement par les frictions s'est fait sentir dans d'autres cas.

Dans l'observation V, par exemple, les frictions ne peuvent enrayer une chute de poids de 180 grammes en trois jours et il faut la substitution de la liqueur de Van Swieten à l'onguent mercuriel pour arrêter la descente et permettre l'augmentation de poids.

Dans un autre cas, le résultat est presque identique. Les frictions permettent une augmentation peu considérable du poids, mais à cette augmentation succède un plateau puis une descente et il faut encore la substitution de la liqueur de Van Swieten aux frictions pour que la courbe reprenne sa direction normale.

Nous voyons par conséquent que si parfois la friction donne un bon résultat, elle peut aussi n'avoir qu'une action très légère passagère ou nulle.

La rapidité et l'intensité de l'augmentation sont comme pour la liqueur de Van Swieten, tout à fait irrégulières.

Nous voyons l'action se manifester dès le lendemain, plusieurs jours après, ou même ne pas se produire du tout.

L'augmentation, parfois considérable, peut être insignifiante, des oscillations pourront se produire pendant quelque temps, la courbe, dans ces conditions, reste stationnaire, et ne prend une direction nettement ascendante que tardivement. Nous pourrons même, après cette série d'oscillations, assister à une chute qu'il ne sera possible d'enrayer qu'en modifiant rapidement le traitement

Par contre les frictions semblent n'avoir aucune action néfaste sur le tube digestif. Pas de vomissements et selles toujours normales.

Dans les observations de Vaillant, de Pouzol, dans nos propres documents, nous n'avons relevé aucun trouble intestinal grave et les selles liquides, mélangées, verdâtres, fétides que l'on obtient quelquefois avec la liqueur de Van Swieten n'existent pas avec les frictions. Cependant, nous pouvons, nous semble-t-il, conclure en disant que ce procédé est parfois lent et peu énergique. Il ne donne pas toujours le résultat rapide qui est nécessaire dans beaucoup de cas et dans d'autres (obs. IV) la mort de l'enfant permet de douter de son activité.

Voie hypodermique. Injections solubles et inso-

lubles. — Les injections hypodermiques sont de date beaucoup plus récente, dans leur emploi chez l'enfant.

Les premières expérimentations datent des travaux de MM. Schwaab et Levy-Bing pour les injections mercurielles solubles ; Schwaab, Levy-Franckel et Barthélemy pour les injections insolubles.

Chacune de ces méthodes présente des avantages et des inconvénients.

Les injections solubles (biiodure, benzoate) ont pour elles la rapidité et l'intensité de l'action, les injections insolubles (calomel ou huile grise) paraîssent avoir des effets plus durables et plus prolongés.

Dans un article publié dans les *Annales de Médecine et de Chirurgie infantile*, en 1904, MM. Schwaab et Levy-Bing, étudiant le traitement de la syphilis du nouveau-né par les injections mercurielles solubles publient quatre observations de malades soignés par ce procédé. Il font ressortir les bons effets du traitement, au point de vue qui nous intéresse particulièrement : la courbe alimentaire.

Dans l'observation I, un enfant traité par le biiodure de mercure (1 milligramme le premier jour, 1 mgr. 5 ensuite et cela pendant une série de dix jours) gagne en sept jours 225 grammes, ce qui fait une moyenne de 32 grammes par jour. L'augmentation s'est produite deux jours après le début du traitement et la fièvre qui, comme nous l'avons vu, accompagne souvent la chute de poids a diminué et est redevenue normale.

L'observation III du même auteur est plus typique encore à cause de la chute plus considérable qui s'est produite.

Enfin dans leur observation IV nous voyons se produire un fait signalé de même par Vaillant et qui permet de constater l'intensité d'action des injections solubles.

Plusieurs fois en effet, l'administration de frictions mercurielles ou moins souvent de liqueur de Van Swieten a donné un résultat sinon négatif du moins inappréciable, si alors cessant tous les autres traitements, on leur substitue les piqûres journalières de benzoate ou de biiodure de mercure, on voit immédiatement la courbe se relever, l'état général de l'enfant s'améliorer.

Dans son observation XVI, M. Vaillant nous présente encore le fait suivant :

Un enfant né de mère nettement syphilitique a une courbe de poids qui nécessite l'institution immédiate du traitement. Des frictions essayées d'abord ne donnent aucun résultat. On les remplace par de la liqueur de Van Swieten que l'enfant vomit. C'est alors que l'on commence les piqûres de biiodure de mercure, auxquelles on adjoint un bain de sublimé tous les jours. Après une oscillation, la courbe devient nettement ascendante et l'augmentation journalière moyenne est de 13 grammes.

Dans d'autres observations les résultats sont identiques et on remarque toujours une augmentation notable du poids coïncidant avec les piqûres, lorsque auparavant les frictions ou la liqueur de Van Swieten n'ont pas donné de résultat favorable.

Presque toujours les selles sont normales et l'enfant ne manifeste aucun symptôme d'intoxication.

A côté des injections de sels solubles, il nous faut signaler une méthode un peu antérieure. C'est la méthode dite de

Prokhorov modifiée par Nasio qui consiste à administrer tous les dix jours des doses massives de biiodure de mercure. Ces injections ont sur la courbe alimentaire une action spéciale qu'il nous faut signaler.

Pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'injection une diminution de poids qui peut atteindre 100 grammes se produit, mais elle est bientôt remplacée par une augmentation régulière et durable.

L'injection ayant lieu tous les dix jours cette diminution se produit tous les dix jours et semble être chez l'enfant la caractéristique des injections à fortes doses.

L'observation III de la thèse de Chassagne semble être bien caractéristique à cet égard. Elle nous fournit en effet le tableau suivant :

	Date	Poids de l'enfant		
	—		—	
3	août.....	3.340	grammes	Première injection
4	—	3.300	—	
5	—	3.250	—	
6	—	3.200	—	
7	—	3.260	—	
9	—	3.320	—	Entérite
10	—	3.300	—	
11	—	3.250	—	
12	—	3.200	—	
13	—	3.120	—	
14	—	3.120	—	Deuxième injection
15	—	3.080	—	
16	—	3.060	—	

17	—	3.100	—	
19	—	3.200	—	
22	—	3.260	—	
25	—	3.300	—	Troisième injection
26	—	3.250	—	
27	—	3.210	—	
28	—	3.200	—	
29	—	3.220	—	
31	—	3.260	—	
4	septembre	3.370	—	
5	—	3.410	—	Quatrième injection
6	—	3.380	—	
7	—	3.360	—	
8	—	3.390	—	

Nous voyons d'après ce tableau que chaque injection est suivie d'une chute de poids qui persiste deux jours. La courbe ne remonte que le troisième jour.

De plus cette chute est accompagnée d'une diminution assez considérable des globules rouges suivie elle aussi d'une augmentation de ces mêmes globules.

La chute de poids et la diminution des globules comme du reste leur augmentation semblent, suivre une marche parallèle.

Cette méthode trouve sa place entre les injections de sels solubles et de sels insolubles.

Le calomel et l'huile grise sont les deux préparations insolubles les plus employées.

Etudiées par MM. Schwaab, Lévy-Franckel et Barthélemy

chez l'enfant, elles semblent se recommander surtout par la durée et la persistance de leur action.

Dans son observation XIX, Vaillant nous montre une courbe d'enfant augmentant régulièrement sous l'influence des piqûres d'huile grise qu'on lui fait.

L'augmentation est constante, plus forte au début du traitement qu'à la fin, mais très régulière. Aucun accident sérieux ne se produit. Aucun retentissement sur le tube digestif.

Les piqûres d'huile grise sont donc très bien supportées. Elles agissent favorablement sur la courbe de poids, mais il faut leur reconnaître une action moins rapide que les injections solubles.

Elles pourront très bien être employées comme l'indique M. Schwaab chez l'enfant qui quitte l'hôpital et qu'on ne peut y ramener de façon quotidienne.

Pour nous résumer, quelles conclusions tirer de cette étude, et que penser de l'influence des différents traitements sur la courbe du nourrisson. Les frictions mercurielles, faciles à faire, faciles à faire faire par une mère qui aimera mieux frictionner son enfant que d'admettre qu'on lui fasse des piqûres, agissent parfois très bien sur la courbe alimentaire. Cependant leurs effets se font quelquefois attendre, sont peu considérables ou nuls. Elles semblent le médicament des cas bénins et il faudra quelquefois leur substituer une autre méthode.

La liqueur de Van Swieten ou mieux le lactate de mercure donnent un résultat beaucoup plus favorable. L'action est plus rapide et aussi plus intense.

Quant aux injections solubles, nous pouvons dire que les

piqûres de biiodure, de benzoate de mercure semblent donner le meilleur résultat. Elles agissent vite et fort, et on peut dire d'elles qu'elles sont le remède des cas désespérés.

Il ne faut pas craindre, s'il s'agit de liqueur de Van Swieten en particulier, de donner à l'enfant des doses fortes et croissantes, car de cette façon seulement (observation VI) nous obtiendrons la disparition des accidents et le relèvement de la courbe alimentaire.

PRONOSTIC
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Le **pronostic** de l'hérédo-syphilis, lorsqu'elle se manifeste seulement par une dénutrition continue et inexpliquée, découle en grande partie de l'étude que nous venons de faire de l'influence du traitement sur la courbe du nouveau-né.

Cependant, nous devons nous demander si le pronostic immédiat est en rapport avec les résultats éloignés.

D'après nos observations, nous voyons que le plus souvent, le traitement agissant sur la courbe alimentaire relève de façon parfois considérable le poids de l'enfant. Rares en somme sont les exceptions, et notre observation IV puisée dans la thèse de Pouzol ainsi que certaines autres publiées par le même auteur, sont plutôt une preuve de l'insuffisance du traitement.

D'après la thèse de Vaillant, les résultats sont identiques et si nous y relevons également plusieurs décès, ils sont dus, soit à un traitement trop peu actif, trop tardivement institué ou dans certains cas administré par les parents, avec négligence et inexactitude. En somme nous pouvons dire que sous l'influence du mercure la courbe se relève mais il faut que la médication soit rapide, régulière et suf-

fisamment intense. C'est à ce prix que nous obtiendrons des résultats favorables.

Le pronostic éloigné est peut-être plus sombre.

En effet nous avons dans ces cas le plus souvent affaire à des enfants perdus de vue depuis longtemps, qui sortis de l'hôpital ne sont pas revenus aux consultations de nourrissons. Un assez grand nombre mal soignés ont dépéri plus ou moins rapidement. D'autres à qui un traitement prolongé avait été prescrit ne l'ont pas suivi.

D'autres encore nourris au sein maternel au moment des premiers accidents ont été ensuite alimentés irrégulièrement au biberon. D'autres enfin ont présenté des accidents sur lesquels nous sommes très mal renseignés et ont succombé plus ou moins longtemps après leur sortie de la maternité. Nous prendrons comme exemple cet enfant signalé dans notre observation XV qui remis en bon état à la suite d'une première atteinte, mourut quelques mois après de convulsions (?) nous dit la mère.

Tenant compte de ces faits, nous dirons que l'enfant après avoir subi une première chute de poids favorablement modifiée par le traitement ne doit pas être perdu de vue, mais comme il n'en est pas ainsi le plus souvent pour des causes très diverses, les résultats éloignés sont certainement moins favorables. Cela nous explique pourquoi nous entendons bien souvent une mère dire de son enfant qu'il a été soigné à l'hôpital parce qu'il n'augmentait pas, mais qu'il est mort quatre à cinq mois après ou plus de convulsions, méningite, etc.

Indications thérapeutiques. — Cette courbe alimentaire du nouveau-né, avec ses caractères et cette marche

spéciale indice d'une syphilis latente peut être modifiée favorablement par un traitement approprié. C'est ce que nous avons pu établir dans le chapitre précédent. Il nous reste maintenant à tirer de cette étude les indications thérapeutiques utiles et les moyens pratiques d'arrêter cette dénutrition qu'une alimentation même trop abondante ne peut enrayer.

Existe-t-il d'abord un traitement prophylactique ?

Nous pouvons nous poser cette question si nous nous trouvons en présence d'un enfant bien portant mais né de parents ayant contracté la syphilis depuis peu.

Une mère atteinte de syphilis récente contractée pendant les derniers mois de la grossesse peut donner le jour à un enfant bien portant et ne présentant aucune des lésions de la diathèse. L'enfant n'a pas été contagionné, par conséquent il semble que, dans ces cas, il soit préférable de s'abstenir, et que si l'on a quelques raisons de penser que le nourrisson peut être sain et le rester, il est inutile de lui administrer une médication quelconque.

Dans d'autres cas, la mère a contracté la syphilis plus tôt, au début de sa grossesse par exemple. L'enfant a de grandes chances de présenter tôt ou tard des accidents spécifiques.

Quelle conduite doit-on tenir ? Il semble alors qu'il soit préférable de ne pas attendre et si même l'enfant à sa naissance ne présente aucun symptôme il est dans son intérêt utile de le soigner.

On pourra de cette façon lui éviter une dénutrition ou d'autres accidents capables d'avoir pour lui des résultats fâcheux.

Envisageons maintenant un autre enfant. Celui-ci né de parents syphilitiques depuis plus ou moins longtemps et traités comme tels. Au moment de l'accouchement, nous constatons un placenta volumineux, de l'hydramnios. Devons-nous faire un traitement prophylactique ? Il semble que dans la pratique actuelle on préfère garder l'expectative. L'enfant a pu échapper à l'influence néfaste de la diathèse, il peut se faire qu'il s'élève parfaitement, se nourrisse normalement. N'est-il pas préférable d'attendre ? Si nous adoptons cette façon d'agir, c'est en surveillant l'enfant, en examinant tous les jours attentivement sa courbe alimentaire que nous verrons s'il est nécessaire d'agir et si le moment de le faire est arrivé.

Nous savons quelle est la courbe normale du nourrisson et nous avons décrit les modifications qu'elle peut subir.

En présence d'une courbe anormale, avec chute brusque et considérable, précoce ou tardive, en présence d'un poids stationnaire nous aurons à appliquer le traitement mercuriel.

D'une façon générale il faut intervenir de bonne heure. Agir vite doit être la règle dans tous les cas, sinon « l'action du mercure n'aurait pas le temps de se faire sentir. Il peut empêcher les hérédo-syphilitiques de mourir, il ne peut pas les ressusciter » (1). Sous quelle forme emploierons-nous le mercure ?

Nous avons vu précédemment les différentes méthodes d'application de ce médicament. Laquelle choisirons-nous ?

A ce sujet les avis sont très partagés. Cependant il nous semble que l'on doive accorder la préférence à la voie

---

1. Boissard.

digestive et à la voie hypodermique. Les frictions nous paraissent irrégulières, dans leurs effets. Elles peuvent être considérées comme une médication aveugle, n'empêchent pas les hérédo-syphilitiques de mourir, témoin les décès signalés dans les observations de Pouzol.

Nous nous adresserons par conséquent à la liqueur de Van Swieten et au lactate de mercure, d'une part, au biiodure et au benzoate, d'autre part.

La liqueur de Van Swieten nous avons dit comment l'appliquer. Nous y substituerons le lactate de mercure à la moindre menace d'accidents intestinaux. La solution de lactate employée est la solution au millième et M. le professeur Gaucher conseille d'en donner XL gouttes par jour en deux ou trois prises.

Si nous choisissons la voie hypodermique de préférence nous emploierons les piqûres de benzoate de mercure moins douloureuses.

Nous pourrons faire des séries de dix injections à des doses de 1/2 milligramme à 2 milligrammes par piqûre.

Chez l'enfant nous n'emploierons l'huile grise que s'il nous est matériellement impossible de recourir aux injections solubles.

En résumé, dans les cas de moyenne intensité, nous aurons recours à la voie digestive, liqueur de Van Swieten, lactacte mercurique. Les fortes doses ne nous effraieront pas, mais nous les administrerons de façon croissante et progressive. M. Boissard a pu donner LXXX gouttes de liqueur de Van Swieten par jour sans aucun accident, ni menace d'intoxication. Dans les cas les plus graves c'est aux piqûres de benzoate de mercure que nous nous adresserons.

Nous n'hésiterons pas à substituer un procédé à un autre, si nous voyons que l'action du premier ne soit pas assez nette. Nous pourrons par exemple remplacer par des piqûres la liqueur de Van Swieten inefficace.

En plus du traitement direct, nous aurons à nous occuper de l'hygiène alimentaire et de l'hygiène générale de l'enfant.

Bien entendu, l'allaitement au sein est de rigueur, car « même dans les cas frustes l'infection de la nourrice est possible » (1).

A défaut de lait maternel, nous aurons le lait d'ânesse, le lait stérilisé.

Nous avons vu que la chute de poids se produit, malgré une alimentation suffisante. Il ne faudra pas penser obtenir un résultat en modifiant l'allaitement.

D'après le poids et l'âge de l'enfant, nous saurons combien nous devons lui faire prendre de lait. Une plus grande quantité donnée mal à propos, détermine des accidents intestinaux, de la diarrhée, des selles vertes, etc. Il faut éviter avec grand soin cette nouvelle complication et si elle se produit ne pas la considérer comme une conséquence certaine du traitement spécifique, mais rechercher si elle n'a pas sa cause dans une alimentation mal réglée et trop abondante.

---

1. Berre. Thèse de Paris, 1904.

CONCLUSIONS

1° L'hérédo-syphilis, se manifeste quelquefois chez le nouveau-né, à terme, bien constitué, par une chute de poids plus ou moins considérable malgré une alimentation suffisante et l'absence de troubles digestifs ;

2° Si elle est typique, cette chute est brusque, rapide, ininterrompue, avec de rares oscillations. Elle survient sans cause, souvent dans les premiers jours qui suivent la naissance, mais il peut se faire qu'elle ne se produise que plus tardivement ;

3° Elle peut être accompagnée de fièvre ou de lésions spécifiques diverses, mais elle est souvent le seul symptôme de cette forme de la diathèse. Elle a par conséquent une valeur diagnostique assez considérable ;

4° Si le nouveau-né vient à succomber, l'examen des organes (foie, rate, rein) permet souvent de constater l'existence de lésions spécifiques ;

5° Le traitement mercuriel administré à doses suffisamment élevées arrête le plus souvent la dénutrition et permet assez rapidement le relèvement du poids de l'enfant ;

6° Le traitement approprié est le traitement mercuriel dans ses diverses formes. Administré à temps, à doses

fortes et prolongées, il agit d'une façon favorable sur la courbe du nourrisson ;

7° Cette forme d'hérédo-syphilis cède généralement à la médication. Le pronostic immédiat est bon, cependant il est prudent de faire certaines réserves justifiées souvent par les résultats éloignés.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bar, Brindeau et Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements.

Barasch. — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1895.

Barlerin. — Soins donnés aux nourrissons syphilitiques, à la Consultation de la Clinique Tarnier. Thèse de Paris, 1901.

Barthélemy, Lafay, Levy-Bing. — Sur les injections de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis. Ann. de Derm. et de Syphil., 1901.

Barthélemy, Levy-Franckel et Schwaab. — Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles insolubles.

Bax. — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants. Thése de Paris, 1908.

Berre. — Etude clinique de l'hérédo-syphilis à forme fruste chez les nourrissons. Thèse de Paris, 1900.

Blanchet. — Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés. Thèse de Paris, 1902.

Boissard. — Les hérédo-syphilitiques. Presse médicale, 20 février 1904.

— Syphilis et nouveau-nés. Journal des Praticiens, 29 janvier 1898.

Boissard et Dévé. — La nutrition chez les hérédo-syphilitiques. Marche et valeur de la courbe alimentaire.

Budin. — Le nourrisson.

— Manuel pratique d'allaitement.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'allaitement et d'accouchement.

Chassagne. — Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés. Thèse de Paris, 1904.

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Dubrisay et Jeannin. — Accouchement.

Fournier (A.). — Nourrices et nourrissons syphilitiques.

— Hérédité syphilitique.

— Traitement de la syphilis.

Fournier (Ed.). — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

Gastou. — Traité des maladies de l'enfance. Syphilis.

— La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique. Rapport au Congrès de Lisbonne en 1906.

Kalinine. — Contribution à l'étude des signes de la syphilis héréditaire précoce. Thèse de Paris, 1900.

Keim. — Du traitement du nouveau-né issu de syphilitiques et sans syphilis apparente. Syphilis, 1904.

Levy-Bing. — Injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis.

Levy-Franckel. — Le lactate neutre de mercure dans le traitement de la syphilis infantile. Ann. des Mal. vénér., décembre 1906.

Nattan-Larrier et Brindeau. — Présence du spirochetæ pallida dans le placenta syphilitique. Soc. de Biol. de Paris, 27 janvier 1907.

Pouzol. — De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1894.

Schwaab. — De la syphilis du placenta. Thèse de Paris.

Schwaab et Levy-Bing. — Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles. Ann. de Méd. et de Chirurg. inf. Paris, 1904.

— Traitement de la syphilis infantile par les injections de biiodure aqueux. Soc. d'Obstétrique de Paris, décembre 1903.

Tessier et Girauld. — Syphilis congénitale. Soc. d'Obstétrique de Paris, janvier 1908.

Wallich et Levaditi. — Recherche des spirochètes dans le placenta. Soc. de Biologie, 27 janvier 1906.

Imp. de la Librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.